

Anmeldung Wochenbettambulanz/wichtige Informationen zum Datenschutz

In der Wochenbettambulanz werden Termine nur nach vorheriger Vereinbarung vergeben. Ich bitte Sie dringend den Termin wahrzunehmen. Sollten Sie verhindert sein, bitte ich Sie den Termin rechtzeitig abzusagen (mindestens 24 h) vorher, dass ich über den Termin anderweitig verfügen kann. Sollten Sie, ohne rechtzeitige Absage, den Termin nicht wahrnehmen, wird Ihnen der entstandene Schaden privat in Rechnung gestellt.

Außerhalb der dafür vorgesehenen Öffnungszeiten ist kein Besuch in der Wochenbettambulanz möglich. In dringenden Fällen wenden Sie sich bitte an Ihren Gynäkologen / Kinderarzt, ihre Entbindungs- oder Kinderklinik.

Wenn Sie gesetzlich versichert sind, werden die Besuche in der Wochenbettambulanz von der Krankenkasse übernommen. Sollten Sie privat versichert sein, klären Sie die Kostenübernahme der Wochenbettbetreuung im Vorfeld mit Ihrer Versicherung ab.

Dieser Vertrag verpflichtet die Leistungsempfängerin nicht, alle Hebammenleistungen ausschließlich durch die Hebamme Carola Habermann erbringen zu lassen. Falls sie jedoch Leistung einer anderen Hebamme in Anspruch nimmt oder genommen hat, ist sie verpflichtet, die Hebamme Carola Habermann darüber zu informieren.

Dies gilt vor allem für das Vorgespräch, das nur einmal pro Leistungsempfängerin von der Kasse erstattet wird. Falls die Leistungsempfängerin mit mehreren Hebammen Erstgespräche führt, ist die Leistungsempfängerin verpflichtet alle weiteren Kosten privat zu übernehmen.

Sollte das Kontingent der Krankenkasse/ Versicherung überschritten werden, dann gilt die Privatgebührenverordnung für Hebammen vereinbart und die Leistungsempfängerin verpflichtet sich die Kosten privat zu tragen.

Die allgemeinen Vertragsbestimmungen der Hebamme gelten als vereinbart.

Sind einzelne Bestimmungen dieses Vertrags unwirksam, so berührt dies nicht die Wirksamkeit der übrigen Regelungen des Vertrages. Die unwirksamen Bestimmungen sollen ersetzt werden durch eine solche Regelung, die der unwirksamen am nächsten kommt.

Die AZH- Abrechnungszentrum für Hebammen GmbH ist mit der Abrechnung beauftragt. Dazu werden die zur Abrechnung nach §301a SGB V notwendigen Angaben weitergeleitet (insbesondere sind dies Name, Geburtsdatum und die abzurechnenden Leistungen mit Datum). Die AZH ist zur Verschwiegenheit verpflichtet, beachtet die Datenschutzgesetze und darf die Daten nur an die zuständige Krankenkasse weitergeben.

Ich erkläre nach bestem Wissen und Gewissen, dass die Angaben wahr, richtig, vollständig und zutreffend sind und ich den Bedingungen des Vertrages mit der Hebamme zur Terminvereinbarung und zur Abrechnung zustimme.

Ort, Datum

Unterschrift

Einwilligungserklärung in die Datenvereinbarung

Ich bin einverstanden, dass durch die Hebamme Carola Habermann meine Daten zu folgenden Zwecken erhoben, verarbeitet und genutzt werden: zur Pflege der Kontaktdaten, der Erfüllung des Behandlungsvertrags, zur Abrechnung erbrachter Leistungen mit Krankenkassen, Abrechnungsstellen oder Ihnen selbst (z.B. als Privatversicherte), zur Betreuungs- Dokumentation und Erstellen von Übergabeprotokollen oder Arztbriefen.

Zu diesen Zwecken können Ihre Daten an den überweisenden Arzt, die Krankenkasse und/oder die Abrechnungsfirma weitergeben und übermittelt werden.

Dort werden diese ebenfalls zu folgenden Zwecken verarbeitet: zur Pflege der Kontaktdaten, zur Abrechnung erbrachter Leistungen mit Krankenkassen, zur Dokumentation der Betreuung oder Leistungserbringung.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass

- die im Rahmen der vorstehenden genannten Zweck erhobenen persönlichen Daten meiner Person unter Beachtung der Datenschutz- Grundverordnung(DS-GVO) und des Bundesdatenschutzgesetzes(BDSG) erhoben, verarbeitet, genutzt und übermittelt werden.
- Die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten auf freiwilliger Basis erfolgt und dass ich mein Einverständnis verweigern kann mit der Folge, dass der Behandlungsvertrag nicht erfüllt werden kann.
- Ich jederzeit berechtigt bin, Auskunft über zu meiner Person gespeicherten Daten zu verlangen.
- Ich jederzeit berechtigt bin, die Berichtigung, Löschung oder Sperrung einzelner bezogener Daten zu verlangen.
- Ich jederzeit berechtigt bin, mit Wirkung für die Zukunft, diese Einwilligung zu widerrufen.

Im Falle eines Widerrufs ist der Widerruf zu richten an: Carola Habermann, Rotenbergstr. 53, 74392 Freudental

Im Falle meines Widerrufs werden meine Daten nach Ablauf gesetzlicher Fristen und falls solche nicht mehr zu beachten sind, mit dem Zugang der Willenserklärung von der Hebamme gelöscht. Die Hebamme wird meinen Widerruf an die oben genannten Dritten weiterleiten, die ihrerseits die Daten löschen.

Die „Informationen zum Datenschutz“ habe ich gelesen und verstanden.

Ort/ Datum

Unterschrift

Bogen Wochenbettambulanz

Vor- und Nachname: _____ Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____

Entlassdatum: _____

Wievielte Schwangerschaft?

Wievielte Geburt?

Vorausgegangene Geburten: normale Geburt Zange/ Saugglocke Kaiserschnitt

gestillt: ja , wie lange: _____ /nein

Komplikationen bei vorausgegangenen Schwangerschaften / Geburten / Wochenbett

Allergien: _____ gesundheitliche Probleme: _____

Frauenarzt:

Kinderarzt:

Name des Kindes:

Geburtsdatum:

Geburtszeit:

Geburtsgewicht:

Entlassungsgewicht:

Geburtsmodus: normal

Zange/ Saugglocke

Kaiserschnitt

Naht. ja / nein

Nahtprobleme: ja , welche?

nein

Stillen: ja / nein

Stillprobleme: ja , welche?

nein

Gelbsuchtwert / Bilirubinwert des Kindes:

Schwangerschaftsdiabetes: ja / nein

B -Streptokokken positiv: ja / nein

