

Kassenärztliche Vereinigung Bremen, Postfach 10 43 29, 28043 Bremen

An alle substituierenden Ärztinnen und Ärzte im Lande Bremen

Ihr Ansprechpartner: Kai Herzmann

Telefon-Durchwahl: (0421) 34 04-334
Telefax: (0421) 34 04-337
Email: k.herzmann@kvhb.de
Internet: <http://www.kvhb.de>
Unser Zeichen: ZG-Hz/Hz-08/GO037
Ihr Schreiben/Zeichen:

Datum: 25.01.2008

Meldung von Kindern, die im Haushalt von Substitutionspatienten leben

Sehr verehrte Damen,
sehr geehrte Herren,

zurzeit können Sie die Einverständniserklärung des jeweiligen Substitutionspatienten an die KV Bremen senden, damit die Geschäftsstelle Substitution diese anschließend an das Amt für Soziale Dienste weiterleitet.

Da die Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit des Lande Bremen dieses Vorgehen aus datenschutzrechtlichen Gründen beanstandet hat, muss die Meldung von Kindern, die im Haushalt von Substitutionspatienten leben, ab sofort direkt durch die substituierenden Ärzte direkt an das Amt für Soziale Dienste gemeldet werden.

Um Ihnen diese Meldung zu vereinfachen, ist diesem Schreiben als Kopiervorlage ein Meldeformular sowie eine überarbeitete Einverständniserklärung beigelegt. Wir bitten Sie ausschließlich diese mit der Landesbeauftragten für Datenschutz und Informationsfreiheit abgestimmten Formulare zu verwenden. Die Einverständniserklärung ist dem Meldeformular beizufügen. Zukünftig erhalten Sie durch das Amt für Soziale Dienste eine Eingangsbestätigung mit dem Hinweis, welches Sozialzentrum für die weitere Fallbearbeitung zuständig ist.

Für evtl. Rückfragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

i. A.

Kai Herzmann
Sachbearbeitung Zulassung/Genehmigung

Anlagen

AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft
Name, Vorname des Patienten						
geb. am						
Kassen-Nr.		Versicherten-Nr.		Status		
Vertragsarzt-Nr.		VK gültig bis		Datum		

Behandelnder Vertragsarzt (Name, Vorname, Anschrift, Arzt-Nr.)

RN: _____

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG ZUR DATENÜBERMITTLUNG

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass mein/e Arzt/Ärztin

- Name und Geburtsdaten der in meinem Haushalt lebenden Kinder an das Amt für Soziale Dienste, Fachabteilung Junge Menschen Hans-Böckler-Str. 9., 28219 Bremen, weiterleitet.
- die Daten werden dort zu Zwecken des Kindeswohls und zur Unterstützung meiner Kindererziehung verarbeitet. Für diesen Zweck entbinde ich meinen Arzt/meine Ärztin von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber dem Amt für Soziale Dienste.

Ich kann die Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Dies hat zur Folge, dass keine weiteren Daten durch meinen Arzt/meine Ärztin an das Amt für Soziale Dienste übermittelt werden.

- ☐ Ich habe mir das Formular aufmerksam durchgelesen und erkläre hiermit mein freiwilliges Einverständnis zur Datenübermittlung.
- ☐ Ich habe mir das Formular aufmerksam durchgelesen und verweigere hiermit mein Einverständnis zur Datenübermittlung. Daraus entstehen mir keine Nachteile.

Ort/Datum

Unterschrift des Patienten

Amt für Soziale Dienste
- Fachabteilung Junge Menschen

Hans-Böckler-Str. 9
28217 Bremen

Fax Nr. 361-19781

Meldung von Kindern, die im Haushalt von Substitutionspatienten leben

☐ bei den sich in meiner/unserer Behandlung befindenden Substitutionspatienten leben folgende Kinder im Haushalt:

Anschrift: _____

Nachname	Vorname	Geburtsdatum

Eine schriftliche Einverständniserklärung des Substitutionspatienten zur Datenübermittlung liegt vor.

(Ort, Datum)

(Unterschrift/Stempel)