

Patienteninformation und Einverständniserklärung

Ihre Meinung ist uns wichtig: Fragebogen zum Behandlungs-Programm

Liebe Patientin, lieber Patient,
liebe Eltern,

mit diesem Informationsblatt möchten wir Sie über eine Fragebogen-Erhebung zur Bewertung der Behandlung informieren:

Ihre Ärztin / Ihr Arzt arbeitet nach dem Modell der sogenannten „Sozialpsychiatrie-Vereinbarung“. Das heißt, sie / er arbeitet eng mit Heil- und Sozialpädagogen, Logopäden und Physiotherapeuten zusammen. So kann eine umfassende, ganzheitliche Behandlung von Kindern und Jugendlichen erfolgen.

Um die Qualität dieses besonderen Behandlungsprogramms beurteilen und weiter verbessern zu können, findet eine zweistufige Auswertung dazu statt. Dabei sind wir auch auf Ihre Rückmeldung angewiesen:

- Wie zufrieden sind Sie mit der Behandlung?
- Was kann aus Ihrer Sicht verbessert werden?

Wir möchten Sie deshalb bitten, den Fragebogen auszufüllen, den Sie mit diesem Informationsblatt erhalten haben, und Ihrer Ärztin / Ihrem Arzt Ihr schriftliches Einverständnis zur Teilnahme an der Befragung zu geben. Die Beantwortung der Fragen ermöglicht es, die Qualität der Behandlung weiter zu optimieren.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

Einverständniserklärung zur Teilnahme

Ich erkläre mich bereit, an der oben genannten Fragebogen-Erhebung teilzunehmen. Ich kann die Angaben, die ich auf dem Fragebogen gemacht habe, jederzeit widerrufen, ohne dafür Gründe angeben zu müssen. Ich erhalte eine Kopie dieser Einverständniserklärung. Dieses Original verbleibt bei meiner Ärztin / meinem Arzt.

Hinweise zum Fragebogen

Die Teilnahme an der Befragung ist freiwillig. Die Abfrage erfolgte zu Beginn der Behandlung und wird nun nach einem Jahr wiederholt. Nach Abschluss der Auswertung werden alle Ihre Angaben gelöscht.

Bitte stecken Sie den ausgefüllten Fragebogen in den beiliegenden Briefumschlag, verschließen diesen und geben den verschlossenen Umschlag Ihrer Ärztin / Ihrem Arzt. Der Fragebogen wird dann an ein Forschungsinstitut – das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (ZI) – zur Auswertung geschickt. KBV und GKV-Spitzenverband haben das ZI mit dieser Auswertung beauftragt. Das ZI ist zur Einhaltung datenschutzrechtlicher Bestimmungen verpflichtet. Alternativ können Sie den Versand auch selbst vornehmen (Zentralinstitut, Stichwort „SPV“, Sedanstraße 10-16, 50668 Köln). Bitte vermeiden Sie in jedem Fall eine Absenderangabe, da nicht erkennbar sein soll, von wem die Angaben stammen, um den Schutz der Daten zu wahren.

Hinweise zum Datenschutz

Wir nehmen den Schutz Ihrer persönlichen Daten sehr ernst. Aus diesem Grunde haben wir Maßnahmen getroffen, die sicherstellen, dass die Vorschriften über den Datenschutz beachtet werden. Die Befragung und die Auswertung werden nach den gesetzlichen Bestimmungen des Datenschutzes in Deutschland durchgeführt. Das bedeutet insbesondere, dass niemand, der die Auswertung vornimmt, aus den einzelnen Fragebögen oder den Ergebnissen erkennen kann, von welcher Person die Angaben stammen.

Datum

Name
(Bitte in Druckbuchstaben)

Unterschrift
(bei Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren:
Unterschrift des gesetzlichen Vertreters)