

Patienten- & Datenschutzunterlagen

Logopädische Praxis · ausfüllbares Formularpaket

Vor Verwendung bitte die Platzhalter [PRAXISNAME], [PRAXISINHABERIN], Anschrift und Kontaktdaten ersetzen. Das Paket berücksichtigt die Nutzung von thevea zur Praxis-/Verordnungsverwaltung und opta data zur Abrechnung.

Enthaltene Formulare

1. Anmeldung & Patientenstammdaten
2. Datenschutzinformation nach Art. 13 DSGVO
3. Freiwillige Einwilligungen zur Kommunikation
4. Schweigepflichtentbindung / Einwilligung zum fachlichen Austausch
5. Empfangs- und Unterschriftenblatt
6. Anamnesebogen Kinder - Logopädie

Hinweis: Dieses Muster ersetzt keine individuelle Rechtsberatung oder Prüfung durch Datenschutzbeauftragte/Rechtsberatung. Verträge zur Auftragsverarbeitung mit eingesetzten Dienstleistern sind praxisintern separat abzuschließen.

1. Anmeldung & Patientenstammdaten

Patient/in

Nachname, Vorname

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefon / Mobil

E-Mail

Bei minderjährigen Patientinnen und Patienten

Sorgeberechtigte/r 1 – Name

Sorgeberechtigte/r 2 – Name

Anschrift (falls abweichend)

Telefon

E-Mail

- ☐ Gemeinsames Sorgerecht
- ☐ Alleiniges Sorgerecht (Nachweis kann bei Bedarf erbeten werden)
- ☐ Andere gesetzliche Vertretung / Betreuung: _____

Versicherung / Kostenträger

- ☐ Gesetzlich versichert
- ☐ Privat versichert
- ☐ Beihilfe
- ☐ Selbstzahler/in

Krankenkasse / Kostenträger

Versichertennummer

Versichertenstatus / ggf. Hauptversicherte/r

Verordnung / medizinische Angaben

Verordnende Praxis / Arzt / Ärztin

Diagnose / ICD (soweit bekannt)

Haus-/Kinderarzt (optional)

Organisatorische Angaben

- ☐ Hausbesuch laut Verordnung
- ☐ Zuzahlungsbefreiung liegt vor / wird vorgelegt
- ☐ Terminbezogene Nachrichten dürfen an die unten separat gewählten Kontaktwege gesendet werden.

Besondere organisatorische Hinweise

Richtigkeit der Angaben: Ich bestätige, dass die oben gemachten Angaben nach meinem Kenntnisstand zutreffen.
Änderungen teile ich der Praxis zeitnah mit.

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in bzw. gesetzliche Vertretung

2. Datenschutzinformation nach Art. 13 DSGVO

Verantwortliche Stelle

[PRAXISNAME]

[PRAXISINHABERIN]

[Anschrift]

[Telefon] · [E-Mail]

Datenschutzkontakt: [E-Mail / ggf. Datenschutzbeauftragte/r]

Zwecke und Kategorien der Verarbeitung

Wir verarbeiten Stammdaten, Kontaktdaten, Versicherungs- und Kostenträgerdaten, Verordnungsdaten sowie Gesundheits- und Behandlungsdaten, soweit dies für Anbahnung, Durchführung und Dokumentation der logopädischen Behandlung, Terminorganisation, Abrechnung, gesetzliche Nachweis- und Aufbewahrungspflichten sowie die Wahrung berechtigter Rechtsansprüche erforderlich ist.

Rechtsgrundlagen

Je nach Verarbeitung insbesondere Art. 6 Abs. 1 lit. b und c DSGVO sowie für Gesundheitsdaten Art. 9 Abs. 2 lit. h DSGVO in Verbindung mit den einschlägigen gesetzlichen Regelungen des Behandlungs- und Sozialrechts. Soweit eine Verarbeitung ausschließlich auf einer freiwilligen Einwilligung beruht, erfolgt sie auf Grundlage von Art. 6 Abs. 1 lit. a bzw. Art. 9 Abs. 2 lit. a DSGVO.

Praxissoftware thevea

Zur Patienten-, Verordnungs- und Praxisverwaltung setzen wir die Software thevea der thevea GmbH, Essen, ein. Hierbei werden die für Praxisverwaltung, Behandlung und Abrechnung erforderlichen Daten elektronisch verarbeitet. Soweit thevea Daten in unserem Auftrag verarbeitet, erfolgt dies auf Grundlage einer Vereinbarung zur Auftragsverarbeitung gemäß Art. 28 DSGVO. Die Nutzung der Praxissoftware ist keine freiwillige Zusatzleistung und wird daher nicht von einer gesonderten Patienteneinwilligung abhängig gemacht.

Abrechnung über opta data

Soweit die Abrechnung über unseren Abrechnungsdienstleister erfolgt, übermitteln wir die hierfür erforderlichen Abrechnungs- und Verordnungsdaten an die opta data finance GmbH, Essen. Diese verarbeitet bzw. übermittelt die Daten im Rahmen der vereinbarten Abrechnungsleistungen an die zuständigen Kostenträger. Bei gesetzlich Versicherten erfolgt die Abrechnung insbesondere im Rahmen der gesetzlichen Abrechnungsvorgaben, einschließlich § 302 SGB V; soweit eine Auftragsverarbeitung vorliegt, besteht eine Vereinbarung nach Art. 28 DSGVO.

Weitere Empfänger

Empfänger können – soweit jeweils erforderlich und rechtlich zulässig – Krankenkassen und sonstige Kostenträger, verordnende Ärztinnen/Ärzte, Behörden oder andere gesetzlich berechnigte Stellen sein. Ein darüber hinausgehender fachlicher Austausch mit Schulen, Kitas, SPZ, anderen Therapeutinnen/Therapeuten oder sonstigen Stellen erfolgt nur, wenn hierfür eine Rechtsgrundlage besteht oder eine gesonderte Schweigepflichtentbindung/Einwilligung vorliegt.

Speicherdauer

Behandlungsakten werden grundsätzlich für zehn Jahre nach Abschluss der Behandlung aufbewahrt, soweit keine abweichenden gesetzlichen Aufbewahrungsfristen oder berechtigten Gründe eine längere Speicherung erfordern. Andere Daten werden gelöscht, sobald der Verarbeitungszweck entfällt und keine Aufbewahrungspflicht mehr besteht.

Ihre Rechte

Sie haben nach Maßgabe der gesetzlichen Voraussetzungen insbesondere Rechte auf Auskunft, Berichtigung, Löschung, Einschränkung der Verarbeitung, Datenübertragbarkeit und – soweit einschlägig – Widerspruch. Eine erteilte

Einwilligung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Zudem besteht ein Beschwerderecht bei einer zuständigen Datenschutzaufsichtsbehörde.

Bereitstellung der Daten

Die für Behandlung, Dokumentation und Abrechnung erforderlichen Angaben sind für die Durchführung des Behandlungsverhältnisses notwendig. Freiwillige Angaben und freiwillige Kommunikationswege sind entsprechend gekennzeichnet.

3. Freiwillige Einwilligungen zur Kommunikation

Diese Einwilligungen sind freiwillig und können einzeln gewählt sowie jederzeit für die Zukunft widerrufen werden. Die Behandlung ist nicht davon abhängig, dass freiwillige digitale Kommunikationswege erlaubt werden.

Termin- und Organisationskommunikation

- ☐ Telefonanruf / Mailboxnachricht
- ☐ SMS
- ☐ E-Mail
- ☐ Sonstiger von der Praxis angebotener Messenger: _____

Ich bin damit einverstanden, dass die Praxis die ausgewählten Kommunikationswege für Terminabsprachen, Terminänderungen und organisatorische Hinweise nutzt. Mir ist bekannt, dass unverschlüsselte E-Mail/SMS je nach technischem Dienst nicht denselben Vertraulichkeitsgrad wie eine verschlüsselte Kommunikation bieten können.

Inhaltliche Kommunikation

- ☐ Ich wünsche auch die Übermittlung behandlungsbezogener Informationen über die oben ausgewählten Wege.
- ☐ Nein – digitale Kontaktwege bitte ausschließlich für organisatorische/terminliche Inhalte verwenden.

Widerruf

Die Einwilligung kann jederzeit ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft gegenüber der Praxis widerrufen werden. Die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung bleibt unberührt.

Name Patient/in

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in / gesetzliche Vertretung

4. Schweigepflichtentbindung

Einwilligung zum fachlichen Informationsaustausch

Bitte nur die Stellen eintragen/ankreuzen, mit denen tatsächlich ein Austausch gewünscht ist. Die Entbindung gilt ausschließlich im nachfolgend bestimmten Umfang.

Ich entbinde die behandelnden Logopädinnen/Logopäden der [PRAXISNAME] gegenüber den unten bezeichneten Personen bzw. Einrichtungen von der beruflichen Schweigepflicht und willige in den wechselseitigen Austausch der nachfolgend bestimmten Informationen ein, soweit dies für den angegebenen Zweck erforderlich ist.

Personen / Einrichtungen

Auswahl	Person / Einrichtung	Kontakt / Ort	Zweck / Umfang
☐	Haus-/Kinderarzt	_____	_____
		—	—
☐	HNO / Phoniatrie / Pädaudiologie	_____	_____
		—	—
☐	Neurologie	_____	_____
		—	—
☐	SPZ / Klinik	_____	_____
		—	—
☐	Ergotherapie	_____	_____
		—	—
☐	Physiotherapie	_____	_____
		—	—
☐	Frühförderstelle	_____	_____
		—	—
☐	Kindertagesstätte	_____	_____
		—	—
☐	Schule	_____	_____
		—	—
☐	Sonstige	_____	_____
		—	—

Zulässiger Informationsumfang

- ☐ Befunde / Diagnostikergebnisse
- ☐ Therapieziele und Therapieverlauf
- ☐ Für die Behandlung relevante Beobachtungen aus Alltag, Kita oder Schule
- ☐ Empfehlungen zur Förderung / Unterstützten Kommunikation
- ☐ Berichte / Arztbriefe / Therapieberichte
- ☐ Nur folgender Umfang: _____

Kommunikationswege

- ☐ Telefonisch
- ☐ Schriftlich / Post
- ☐ E-Mail, soweit von den Beteiligten genutzt und datenschutzrechtlich vertretbar
- ☐ Persönliches / interdisziplinäres Gespräch

Geltungsdauer

- ☐ Für die Dauer der aktuellen logopädischen Behandlung
- ☐ Bis zum: _____
- ☐ Nur einmalig für folgenden Anlass: _____

Die Schweigepflichtentbindung ist freiwillig und kann jederzeit ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Ein Widerruf berührt nicht die Rechtmäßigkeit des bis dahin erfolgten Informationsaustauschs.

Name Patient/in

Geburtsdatum

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in / gesetzliche Vertretung

5. Empfangs- und Unterschriftenblatt

Patient/in: _____ Geburtsdatum: _____

Bestätigung

- ☐ Ich habe die Datenschutzinformation nach Art. 13 DSGVO erhalten bzw. sie wurde mir zugänglich gemacht.
- ☐ Ich hatte Gelegenheit, Fragen zu den Unterlagen zu stellen.
- ☐ Meine freiwilligen Kommunikationseinwilligungen habe ich entsprechend meiner Auswahl erteilt bzw. nicht erteilt.
- ☐ Eine Schweigepflichtentbindung wurde nur im von mir ausgewählten Umfang erteilt.

Die Bestätigung des Erhalts der Datenschutzinformation ist keine Einwilligung in notwendige Datenverarbeitungen. Freiwillige Einwilligungen und die Schweigepflichtentbindung sind separat geregelt.

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in / gesetzliche Vertretung

ggf. Name gesetzliche Vertretung in Druckbuchstaben

Praxisinterner Vermerk

- ☐ Stammdaten in thevea angelegt / geprüft
- ☐ Verordnung erfasst / geprüft
- ☐ Zuzahlungsstatus geprüft
- ☐ Datenschutzinformation ausgehändigt / zugänglich gemacht
- ☐ Kommunikationseinwilligungen dokumentiert
- ☐ Schweigepflichtentbindung dokumentiert (falls erteilt)
- ☐ Abrechnungsweg opta data / Direktabrechnung geprüft

Mitarbeiterkürzel / Datum

6. Anamnesebogen Kinder – Logopädie

1. Stammdaten

Name des Kindes: _____

Geburtsdatum: _____

Erziehungsberechtigte: _____

Adresse: _____

Telefon / E-Mail: _____

Kinderarzt: _____

Verordnung / Diagnose: _____

2. Schwangerschaft & Geburt

☐ unauffällig ☐ Frühgeburt ☐ Kaiserschnitt ☐ Komplikationen

Geburtswoche: _____ Geburtsgewicht: _____

3. Entwicklung

Motorische Entwicklung altersgerecht? ☐ Ja ☐ Nein

Sprachentwicklung: ☐ altersgerecht ☐ verzögert

Hören überprüft? ☐ Ja ☐ Nein

Sehen überprüft? ☐ Ja ☐ Nein

4. Medizinische Vorgeschichte

☐ Autismus-Spektrum ☐ ADHS ☐ Trisomie 21 ☐ Cerebralparese

☐ Epilepsie ☐ Lippen-Kiefer-Gaumenspalte ☐ Sonstiges

Medikamente/Allergien: _____

5. Sprache & Kommunikation

☐ Late Talker ☐ Wortschatz reduziert ☐ Grammatik auffällig

☐ Aussprachefehler ☐ Stottern ☐ Poltern

☐ Sprachverständnis eingeschränkt

☐ Unterstützte Kommunikation (Gebärden/Talker/Symbole)

6. Essen & Trinken

☐ Fütterstörung ☐ Dysphagie ☐ Selektives Essen

☐ Verschlucken ☐ Husten beim Essen ☐ Sondenernährung

Kostform: _____

7. Kindergarten / Schule

Einrichtung: _____

Klasse/Gruppe: _____

Besonderheiten: _____

8. Therapie & Ziele

Frühere Therapien: ☐ Logo ☐ Ergo ☐ Physio ☐ Frühförderung

Ziele der Eltern:

9. DSGVO

Ich willige in die Verarbeitung der personenbezogenen Daten meines Kindes gemäß DSGVO zum Zweck der logopädischen Behandlung ein.

Ort/Datum: _____

Unterschrift Sorgeberechtigte: _____

Hinweise zur Anpassung vor Praxiseinsatz

Bitte vor dem Einsatz alle Platzhalter ersetzen und die tatsächlich verwendeten Kommunikationsdienste, Abrechnungsleistungen sowie internen Prozesse anpassen. Bei Änderungen des Software-/Abrechnungsmodells sollte die Datenschutzinformation erneut geprüft werden.

Berücksichtigte Grundlagen (Stand August 2026)

- Art. 6, 9, 13 und 28 DSGVO (Rechtsgrundlagen, Gesundheitsdaten, Informationspflichten, Auftragsverarbeitung)
- § 630f BGB (Behandlungsdokumentation und grundsätzlich zehnjährige Aufbewahrung)
- § 302 SGB V (Abrechnung der Leistungserbringer gegenüber gesetzlichen Krankenkassen)
- Hinweise von thevea zur Einbindung von thevea und opta data in die Art.-13-Information sowie zum Abrechnungsprozess