

## Anmeldung für die Tagesklinik Bad Gandersheim

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

bitte füllen Sie das Anmeldeformular vollständig und gut leserlich aus und senden Sie es an:

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Außenstelle Bad Gandersheim, Albert-Rohloff-Str. 2, 37581 Bad Gandersheim. E-Mail: [psych.bgan@med.uni-goettingen.de](mailto:psych.bgan@med.uni-goettingen.de), Fax: 05382 / 7022929

Zusätzlich benötigen wir - *sofern vorhanden* - einen aktuellen, informativen Arztbrief oder Befundbericht inkl. organischer Ausschlussdiagnostik.

Verantwortlich für die Erhebung und Verarbeitung der personenbezogenen Daten gem. Art. 4 Nr. 7 DSGVO ist die

Georg-August-Universität Göttingen  
Stiftung öffentlichen Rechts  
Universitätsmedizin Göttingen  
Robert-Koch-Str. 40  
37075 Göttingen  
vertreten durch den Vorstand  
Telefon: 0551 390  
E-Mail: [poststelle@med.uni-goettingen.de](mailto:poststelle@med.uni-goettingen.de)

Kontaktdaten zum Datenschutzbeauftragten

Datenschutzbeauftragter  
[datenschutz@med.uni-goettingen.de](mailto:datenschutz@med.uni-goettingen.de)

Zuständige Aufsichtsbehörde  
Der Landesbeauftragte für den Datenschutz Niedersachsen

Die sonstigen Aufsichtsbehörden sind dem Impressum der Website der UMG zu entnehmen (<https://www.umg.eu/impressum>).

Die gültige Datenschutzerklärung der UMG können Sie unter <https://www.umg.eu/datenschutz/> abrufen. Für die Einhaltung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen vor der Anbahnung einer Behandlung ist ansonsten die einweisende Stelle zuständig.

**Die Anmeldung erfolgt für:**

- ☐ Tagesklinik für Erwachsene, Außenstelle Bad Gandersheim  
☐ Psychiatrische Institutsambulanz (PIA)

Voraussetzung: Einwilligung der/des Patient\*in liegt vor

☐ Ja

☐ Nein

**Ihre Zuweiser\*innendaten**

Name: \_\_\_\_\_

Einrichtung/Klinik: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Ort, Datum

Unterschrift der/des Zuweisenden

**Patient\*innendaten**

Name: \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_ Geschlecht: \_\_\_\_\_

Diagnose: \_\_\_\_\_

Indikation zur Aufnahme: \_\_\_\_\_

ggf. Differentialdiagnose: \_\_\_\_\_

**Von Patient\*innen auszufüllen**

Im Rahmen Ihrer Behandlung möchten wir Ihnen die Möglichkeit bieten, eine digitale Kommunikationsplattform als Therapiebegleitung zu nutzen. Diese Plattform ist kein Medizinprodukt, sondern dient ausschließlich der Kommunikation und Übermittlung von Informationen. Sie soll Sie dabei unterstützen, sich gut auf Ihren Aufenthalt vorzubereiten, die Behandlung aktiv mitzugestalten und Informationen strukturiert zu erhalten. Damit wir Ihnen eine persönliche Einladung zu dieser Plattform senden können, benötigen wir Ihre Einwilligung zur Kontaktaufnahme per E-Mail. Die Teilnahme ist freiwillig und kann jederzeit widerrufen werden.

Wenn Sie zustimmen, erhalten Sie eine E-Mail mit weiteren Informationen und einem individuellen Zugangslink. Die Rechtsgrundlage der Verarbeitung ist in diesem Fall Art. 6 Abs. 1 lit. a EU-DSGVO.

Telefon \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

- ☐ Ich bin damit einverstanden, dass die UMG mir eine E-Mail mit Informationen und einer Einladung zur digitalen Kommunikationsplattform zusendet.

Ort, Datum

Unterschrift der/des Patient\*in