

Vor- und Nachname des Kindes:

Geburtsdatum:

Alter:

Anschrift:

Telefon:

Krankenkasse:

Das Kind besucht folgende/n Krippe/Kindergarten/Schule/Bildungseinrichtung:

Ggf. Klassenstufe: _____ Noten: Deutsch ____ Mathe ____ Englisch ____ Kunst ____ Sport ____

Aktuelle Anamnese:

- Bitte nennen Sie den Grund Ihrer Vorstellung in meiner Praxis:
-
-

- Wer hat Ihnen zur Vorstellung in einer psychotherapeutischen Praxis geraten?
-

- Wann traten die Auffälligkeiten erstmals auf?
-

- Wann werden die Auffälligkeiten nicht gezeigt?
-

- Welche Behandlungen und Therapien sind deshalb bisher erfolgt und wann?
-
-

- Nimmt das Kind Medikamente ein?

Nein ☐ Ja (Präparat/Dosierung): _____

Biografische Anamnese

- Abgesehen von den jetzigen Symptomen: Bestanden bereits in der Vergangenheit psychische Auffälligkeiten bei Ihrem Kind?

Nein ☐ Ja, welche und wann: _____

- Hat Ihr Kind jemals Behandlungen wie z. B. Logo-, Ergo- oder Psychotherapie erhalten oder wurden psychologische Testungen durchgeführt?

Nein ☐ Ja, welche und wann: _____

- Bestehen oder bestanden schwere körperliche Krankheiten bei Ihrem Kind?

Nein ☐ Ja, welche und wann: _____

- Traten chronische Krankheiten auf? Nein ☐ Ja, welche: _____

- Bestehen Allergien? Nein ☐ Ja, welche: _____

- Wurden jemals Krankenhausaufenthalte notwendig? Nein ☐ Ja, wann und weshalb: _____

- Hat das Kind Schädelunfälle erlitten? Nein ☐ Ja, wann und wodurch: _____

- Wuchs das Kind (zeitweise) in einem Heim oder in einer Pflegefamilie auf?

Nein ☐ Ja, wann und wo: _____

- Waren die Eltern während der ersten 3 Lebensjahre längere Zeit vom Kind getrennt?

Elternteil A* (_____): Nein ☐ Ja, wann und wie lange: _____

Elternteil B* (_____): Nein ☐ Ja, wann und wie lange: _____

*Bitte behalten Sie die gewählte Zuordnung im gesamten Fragebogen bei.

- Ist das Kind bereits in die Pubertät eingetreten?

Noch nicht ☐ Ja ☐ Ggf. erste Regelblutung mit _____ Jahren.

- Vermuten Sie bei Ihrem Kind sexuelle Interessen oder Tätigkeiten, die Ihnen Sorge bereiten?

Nein ☐ Ja ☐ Ich bin mir unsicher / Ich habe dazu eine Frage ☐

- Vermuten Sie bei Ihrem Kind Schwierigkeiten hinsichtlich Sexualität, sexueller Entwicklung, sexueller Identität oder Geschlechtsidentität?

Nein ☐ Ja ☐ Ich bin mir unsicher / Ich habe dazu eine Frage ☐

Schwangerschaft

- Wie alt waren die Eltern zum Zeitpunkt der Entbindung? Elternteil A: _____ Jahre, Elternteil B: _____ J.

- Traten während der Schwangerschaft Komplikationen auf?

Nein ☐ Ja, welche: _____

- Fielen in die Schwangerschaft schwere Erkrankungen, Unfälle, Operationen oder seelische Belastungen der Eltern? Nein ☐ Ja, welche: _____

- Wurden während der Schwangerschaft Alkohol, Zigaretten oder Drogen zu sich genommen?

Nein ☐ Falls ja, was und wie häufig: _____

- Welche Einstellung hatten die Eltern zum Geschlecht Ihres Kindes?

Das Geschlecht war ihnen eher gleichgültig ☐ Sie wünschten sich unbedingt ein anderes Geschlecht ☐

- Standen die Eltern der Schwangerschaft positiv gegenüber (auch falls sie ungeplant war)?

Ja ☐ Eher nein ☐

Geburt

- Welches Geburtsgewicht und Körperlänge hatte das Kind? _____ cm _____ g

- In welcher Schwangerschaftswoche erfolgte die Geburt? _____ SSW

- Traten bei oder unmittelbar nach der Geburt Komplikationen auf?

Nein ☐ Ja, welche: _____

Erste Lebensjahre

- Traten Komplikationen im 1. Lebensjahr des Kindes auf? (Ernährungsstörungen, übermäßiges Schreien etc.)

Nein ☐ Ja, welche: _____

- Wer betreute das Kind vorrangig während der ersten 3 Lebensjahre?

Elternteil A ☐ Elternteil B ☐ Andere, nämlich: _____

- Wie verlief die Kinderpflege und -erziehung in den ersten 3 bis 4 Lebensjahren?

☐ weitgehend entspannt bzw. „normal“, mit den üblichen Schwierigkeiten

☐ Es hat viele Sorgen bereitet und war eine schwierige Zeit, weil _____

- In welchem Alter hat das Kind tagsüber nicht mehr eingenässt und eingekotet? _____ Jahre

- In welchem Alter hat das Kind nachts nicht mehr eingenässt und eingekotet? _____ Jahre

- Traten Störungen der motorischen Entwicklung auf?

Nein ☐ Ja, welche: _____

- Traten Störungen der Sprachentwicklung auf?

Nein ☐ Ja, welche: _____

Kinderkrippe/Kindergarten/Schule

- Besuchte das Kind die Kinderkrippe? Ja, ab welchem Alter: _____ Jahre Nein ☐

- Besuchte das Kind den Kindergarten? Ja, ab welchem Alter: _____ Jahre

Nein, weil: _____

Besuchte ihn nur kurze Zeit/wechselte ihn, weil: _____

- Ging das Kind regelmäßig in die Krippe/den Kindergarten?

Ja ☐ Nein, weil: _____

- Ging das Kind gerne in die Krippe/den Kindergarten?

Ja ☐ Nein, weil: _____

- Traten während der Krippen-/Kindergartenzeit Schwierigkeiten auf?

Nein ☐ Ja, welche und wann: _____

- In welchem Alter erfolgte die Einschulung des Kindes? _____ Jahre

- Wie verlief der Schulbesuch des Kindes?

- Eine Klasse übersprungen, welche: _____ - Eine Klasse wiederholt, welche: _____

- Schul(form)wechsel (außer Grundschule auf weiterführende Schule):

Von _____ auf _____ im Jahr _____

weil: _____

- Traten Schulschwierigkeiten auf? (starke Ängste, aggressiv-störendes Verhalten, stark abfallende Noten, Konzentrationsprobleme etc.)

Nein ☐ Ja, welche: _____

- Traten berufliche Schwierigkeiten auf? (Abbruch der Lehre/des Studiums, Arbeitsplatzwechsel etc.)

Nein ☐ Ja, welche: _____

Freizeitverhalten

- Trifft Ihr Kind Freund:innen außerhalb von Schule/Kindergarten? Nein ☐ Ja ☐

- Welche Hobbies hat Ihr Kind? Welchen Verein o. ä. besucht es? _____

- Welche Aufgaben hat Ihr Kind im Haushalt/wo hilft es mit? _____

- Raucht Ihr Kind Zigaretten?

Nein ☐ Weiß ich nicht ☐ Ja, wieviel: _____

- Trinkt Ihr Kind Alkohol?

Nein ☐ Weiß ich nicht ☐ Ja, was und wie oft: _____

- Nimmt Ihr Kind Drogen?

Nein ☐ Weiß ich nicht ☐ Ja, was und wie oft: _____

- Hat Ihr Kind ein eigenes Kinderzimmer?

Ja ☐ Nein, das Zimmer wird mit folgenden Personen geteilt: _____

Familienanamnese

- Alter & Geschlecht der Eltern: Elternteil A: _____ Jahre, Geschlecht (weibl./männl./divers/unbestimmt)
Elternteil B: _____ Jahre, Geschlecht (weibl./männl./divers/unbestimmt)

- Bestehen oder bestanden bei den Eltern ernsthafte körperliche Erkrankungen?

Nein ☐ Ja, bei wem, welche und wann: _____

- Sind psychiatrische oder neurologische Auffälligkeiten in der Familie bekannt (Depressionen, Migräne, Zwänge, Ängste, Sucht, Suizid etc.)?

Nein ☐ Ja, bei wem, welche und wann: _____

- Spielt in Ihrer Familie Glaube/Religion eine wichtige Rolle? Ja ☐ Nein ☐

- Ist Elternteil A berufstätig? Nein ☐ Vollzeit ☐ Teilzeit ☐ Schichtdienst ja ☐

Tätigkeit als: _____ Falls abweichend, Berufs-/Studienabschluss: _____

- Wie würden Sie den Erziehungsstil von Elternteil A beschreiben? _____

- Wie würden Sie das Verhältnis zwischen dem Kind und Elternteil A beschreiben? _____

- Ist Elternteil B berufstätig? Nein ☐ Vollzeit ☐ Teilzeit ☐ Schichtdienst ja ☐

Tätigkeit als: _____ Falls abweichend, Berufs-/Studienabschluss: _____

- Wie würden Sie den Erziehungsstil von Elternteil B beschreiben? _____

- Wie würden Sie das Verhältnis zwischen dem Kind und Elternteil B beschreiben? _____

- Sind die Eltern getrennt oder geschieden? Nein ☐

Ja, getrennt seit _____ Geschieden seit _____

Wie ist das Verhältnis der getrennten Eltern zueinander?

Wie oft besteht Kontakt des Kindes zum getrennt lebenden Elternteil?

Haben die Eltern neue Partner:innen? Elternteil A ja ☐

Elternteil B ja ☐

Wie versteht sich das Kind mit den neuen Partner:innen? _____

- Hat das Kind Geschwister? Nein ☐

Geschlecht (w/m/d/u) Alter _____ Jahre ggf. Schulform _____ Klasse _____

Geschlecht (w/m/d/u) Alter _____ Jahre Schulform _____ Klasse _____

Geschlecht (w/m/d/u) Alter _____ Jahre Schulform _____ Klasse _____

- Gibt es Rivalität oder bestimmte Spannungen zwischen den Geschwistern?

Nein ☐ Ja, welche: _____

- Bestanden oder bestehen Erziehungsschwierigkeiten, andere Auffälligkeiten oder besondere Erkrankungen bei den Geschwistern? Nein ☐

Ja, welche: _____

- Welche Ereignisse oder Umstände haben in Ihren Augen zur Entwicklung der Symptomatik beigetragen?

- Gibt es etwas Weiteres, das Ihnen wichtig zu erwähnen scheint?

Ja: _____

Einverständnis der Sorgeberechtigten zur psychotherapeutischen Sprechstunde, probatorischen Phase und psychotherapeutischen Behandlung

Betrifft:

Name, Vorname Patient:in

geboren am

Das Sorgerecht liegt bei ☐ beiden Elternteilen ☐ Sorgeberechtigte Person A ☐ Sorgeberechtigte Person B

☐ bei einer anderen Person, nämlich: _____

Es ist gesetzlich festgelegt, dass für alle ärztlichen und psychotherapeutischen Untersuchungen und Behandlungen grundsätzlich das Einverständnis aller Sorgeberechtigten erforderlich ist.

Ich bin damit einverstanden, dass mein Kind psychotherapeutische Sprechstunden, probatorische Sitzungen und, falls die Indikation dafür vorliegt, psychotherapeutische Sitzungen bei der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin Frau Caroline Wieczorek besucht. Im Rahmen dessen dürfen diagnostische Verfahren (Interviews, Fragebögen, Leistungstests u. ä.) durchgeführt werden. Ich kann diese Einverständniserklärung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft schriftlich widerrufen.

Ort, Datum

Name **und** Unterschrift Sorgeberechtigte Person A

Ort, Datum

Name **und** Unterschrift Sorgeberechtigte Person B

Einverständniserklärung zur Kontaktaufnahme per Anruf, Email, sms

Beim Schreiben von Nachrichten via Email oder sms kann nicht komplett ausgeschlossen werden, dass die gesendeten Informationen nicht in die Hände Dritter gelangen.

Ich habe dies verstanden, bin mir des Risikos bewusst und erkläre mich damit einverstanden, durch die oben genannte Praxis via Email und/oder sms kontaktiert zu werden. Auch bin ich mit einer telefonischen Kontaktaufnahme einverstanden. Ich kann diese Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft schriftlich widerrufen.

Ort, Datum

Unterschrift Sorgeberechtigte Person A

Ort, Datum

Unterschrift Sorgeberechtigte Person B

Ort, Datum

Unterschrift Patient:in ab 14 Jahren

Schweigepflichtsentbindung

Betrifft: _____
Name, Vorname Patient:in _____ geboren am _____

Im Rahmen der psychotherapeutischen Behandlung entbinde/n ich/wir

_____ und _____
Sorgeberechtigte Person A _____ Sorgeberechtigte Person B _____

die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin Frau Caroline Wieczorek von ihrer Schweigepflicht gegenüber

(Name, Vorname Lebensgefährte*in, Lehrer*in, Arzt/Ärztin etc. inkl. Einrichtung)

Umgekehrt entbinde/n ich/wir die oben genannte/n Person/en von ihrer Schweigepflicht und erlaube dieser/diesen die Weitergabe von Informationen und Daten über meine Person bzw. des:der oben genannten Patient:in an die behandelnde Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin Frau Caroline Wieczorek.

Die Entscheidung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft schriftlich widerrufen werden.

Ort, Datum _____ Unterschrift sorgeberechtigte Person A _____

Ort, Datum _____ Unterschrift sorgeberechtigte Person B _____

Ort, Datum _____ Unterschrift Pat. ab 14 Jahren _____

Ausfallhonorar

Kann ein Termin nicht wahrgenommen werden, muss er spätestens **48 Stunden** vorher abgesagt werden. Anderenfalls ist ein Ausfallhonorar in Höhe von **50,- €** zu entrichten. Dies gilt unabhängig davon, ob Sie den Grund für die verspätete Absage selbst verschuldet haben oder nicht.

Sie können diese Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft schriftlich widerrufen.

Salvatorische Klausel

Sollte eine der aufgeführten Vereinbarungen aufgrund der aktuellen Gesetzeslage ganz oder teilweise unwirksam sein, so tritt an Stelle der unwirksamen Vereinbarung eine solche, die dem aktuellen Gesetz inhaltlich am meisten entspricht.

Ort, Datum _____ Unterschrift Sorgeberechtigte Person A _____

Ort, Datum _____ Unterschrift Sorgeberechtigte Person B _____

Ort, Datum _____ Unterschrift Patient:in ab 18 Jahren _____

Bericht an den Hausarzt bzw. die Hausärztin

Betrifft:

Name, Vorname Patient:in

geboren am

Die Kassenärztliche Vereinigung hält dazu an, zu Beginn und am Ende einer Psychotherapie einen Bericht an den Hausarzt bzw. die Hausärztin zu schicken. Stimmen Sie einem solchen Bericht zu Beginn und am Ende Ihrer psychotherapeutischen Behandlung bzw. der Person, für die Sie das Sorgerecht tragen, zu? Ihre Entscheidung können Sie jederzeit mit Wirkung für die Zukunft schriftlich widerrufen.

- ☐ **Nein**, ich entbinde die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin Frau Caroline Wieczorek erst dann von der Schweigepflicht, wenn es mir selbst notwendig erscheint.
- ☐ **Ja**, ich entbinde Frau Caroline Wieczorek von der Schweigepflicht gegenüber meinem Hausarzt oder Kinderarzt bzw. meiner Hausärztin bzw. Kinderärztin):

Ort: _____

Ort, Datum

Unterschrift Sorgeberechtigte Person A

Ort, Datum

Unterschrift Sorgeberechtigte Person B

Ort, Datum

Unterschrift Patient:in ab 14 Jahren

Videosprechstunde

Kontrollen vom Krankheitsverlauf oder dem Heilungsfortschritt nach einer psychotherapeutischen Behandlung sind unerlässliche Maßnahmen einer fürsorglichen psychotherapeutischen Betreuung durch Ihre Therapeutin. Seit April 2017 sind solche Kontrolluntersuchungen auch in einer Videosprechstunde möglich. Ihre Therapeutin entscheidet, ob eine Konsultation per Videosprechstunde für Sie in infrage kommt.

In einer Videosprechstunde läuft das Gespräch zwischen Ihnen und Ihrer Therapeutin ähnlich ab wie in der Praxis. Sie und Ihre Therapeutin befinden sich nur nicht am selben Ort. Der Austausch erfolgt am Bildschirm, ohne dass Sie hierzu in die Praxis kommen müssen. Dies spart Zeit und Mühen langer Wege für Sie und Ihre Therapeutin.

Für die Videosprechstunde benötigen Sie keine besondere Technik: Computer oder Tablet mit Bildschirm oder Display, Kamera, Mikrofon und Lautsprecher sowie eine Internetverbindung reichen aus. Die technische Verbindung läuft über einen Videodienstanbieter, den Ihre Therapeutin beauftragt und der besondere Sicherheitsanforderungen erfüllen muss – in diesem Fall RED connect der Firma REDmedical. Damit ist sichergestellt, dass das, was Sie mit Ihrer Therapeutin besprechen, auch vertraulich bleibt.

Vor der ersten Videosprechstunde informiert Sie Ihre Therapeutin über Fragen des Datenschutzes. Ihre Therapeutin wird außerdem erläutern, welche Technik notwendig ist und worauf Sie bei der Videosprechstunde achten sollten, z. B. auf gute Beleuchtung und eine ruhige Umgebung.

Schritt für Schritt zur Videosprechstunde:

1. Sie erhalten von Ihrer Therapeutin einen Termin für die RED connect-Videosprechstunde, die Internetadresse des Videodiensteanbieters und den Einwahlcode für die Videosprechstunde.
2. Am Tag der Videosprechstunde wählen Sie sich zum Termin auf der Internetseite des Videodiensteanbieters mit Ihrem Einwahlcode ein. Dies sollte möglich sein, ohne ein eigenes Benutzerkonto anlegen zu müssen.
3. Der Videodiensteanbieter wird Sie beim Einwählen nach Ihrem Namen fragen.
4. Sie werden dann in das virtuelle Wartezimmer geführt. Sobald Ihre Therapeutin zu der Videosprechstunde hinzukommt, kann Ihre Sprechstunde beginnen.
5. Ist die Sprechstunde beendet, melden Sie sich von der Internetseite wieder ab.

Datensicherheit:

- Die Übertragung der Videosprechstunde erfolgt über das Internet mittels einer so genannten Peer-to-Peer (Rechner-zu-Rechner) Verbindung, ohne Nutzung eines zentralen Servers.
- Der Videodiensteanbieter gewährleistet, dass sämtliche Inhalte der Videosprechstunde während des gesamten Übertragungsprozesses nach dem aktuellen Stand der Technik Ende-zu-Ende verschlüsselt sind und von ihm weder eingesehen noch gespeichert werden.
- Alle Metadaten werden nach spätestens 3 Monaten gelöscht und werden nur für die zur Abwicklung der Videosprechstunde notwendigen Abläufe genutzt.
- Dem Videodiensteanbieter und dem Arzt ist es strafrechtlich untersagt, Daten unbefugten Dritten bekannt zu geben oder zugänglich zu machen

Einwilligungserklärung zur Videosprechstunde:

Betrifft:

Name, Vorname Patient:in

geboren am

Hier erkläre ich, ausreichend über den Ablauf der Videosprechstunde sowie deren technische Voraussetzungen und datenschutzrechtliche Sicherheitsaspekte in Kenntnis gesetzt worden zu sein. Mir ist bekannt, dass die Teilnahme an der RED connect Videosprechstunde freiwillig ist und die Nutzung der RED-Software für mich unentgeltlich ist.

Ich versichere, dass

- die Videosprechstunde zur Gewährleistung der Datensicherheit und eines störungsfreien Ablaufes in geschlossenen Räumen und ruhiger Umgebung stattfindet.
- zu Beginn der Videosprechstunde die Vorstellung aller im Raum anwesenden Personen erfolgt.
- Bild- und/oder Tonaufzeichnungen während der Videosprechstunde unterbleiben.
- Hilfspersonen auf den Geheimnisschutz und gegebenenfalls Datenschutz hingewiesen werden.
- bei mir die technischen Voraussetzungen für die Nutzung der RED connect Videosprechstunde vorliegen.

Ich bin einverstanden, dass

die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der Behandlungs- und Gesundheitsdaten durch die betreuende Therapeutin zum Zweck der Befundung und Dokumentation der Videosprechstunde erfolgt. Grundsätzlich gelten die datenschutzrechtlichen Bestimmungen bei dem mittelbaren Kontakt zwischen Therapeutin und Patient:in im Rahmen der Videosprechstunde analog dem unmittelbaren persönlichen Kontakt in der Praxis.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Einwilligungserklärung jederzeit schriftlich für die Zukunft widerrufen kann. Durch meine Unterschrift erkläre ich vorstehende Einwilligung als erteilt und die Kenntnisnahme der beigefügten Erläuterungen zur Datenverarbeitung im Rahmen der Videosprechstunde.

Ort, Datum

Unterschrift Sorgeberechtigte Person A

Ort, Datum

Unterschrift Sorgeberechtigte Person B

Patienteninformation zum Datenschutz

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird hier auf die gendergerechte Sprache verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten für alle Geschlechter (w/m/d/u).

Der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns wichtig. Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet. Der Information können Sie auch entnehmen, welche Rechte Sie in puncto Datenschutz haben.

1. Verantwortlichkeit für die Datenverarbeitung

*Praxis für Psychotherapie - Caroline Wieczorek
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin (Verhaltenstherapie)
Brunnenstr. 3 – 97222 Rimpf
Tel: 0176 – 2555 2897*

2. Zweck der Datenverarbeitung

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem Arzt und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen.

Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapievorschlüsse und Befunde, die wir oder andere Ärzte erheben. Zu diesen Zwecken können uns auch andere Ärzte oder Psychotherapeuten, bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen (z.B. in Arztbriefen).

Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann eine sorgfältige Behandlung nicht erfolgen.

3. Empfänger Ihrer Daten

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben.

Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem andere Ärzte / Psychotherapeuten, Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, Ärztekammern und privatärztliche Verrechnungsstellen sein.

Die Übermittlung erfolgt überwiegend zum Zwecke der Abrechnung der bei Ihnen erbrachten Leistungen, zur Klärung von medizinischen und sich aus Ihrem Versicherungsverhältnis ergebenden Fragen. Im Einzelfall erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechnete Empfänger.

4. Speicherung Ihrer Daten

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies für die Durchführung der Behandlung erforderlich ist.

Aufgrund rechtlicher Vorgaben sind wir dazu verpflichtet, diese Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren. Nach anderen Vorschriften können sich längere Aufbewahrungsfristen ergeben, zum Beispiel 30 Jahre bei Röntgenaufzeichnungen laut Paragraph 28 Absatz 3 der Röntgenverordnung.

5. Ihre Rechte

Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten. Auch können Sie die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen.

Darüber hinaus steht Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf Löschung von Daten, das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit zu.

Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf Basis von gesetzlichen Regelungen. Nur in Ausnahmefällen benötigen wir Ihr Einverständnis. In diesen Fällen haben Sie das Recht, die Einwilligung für die zukünftige Verarbeitung zu widerrufen.

Sie haben ferner das Recht, sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt.

Die Anschrift der für uns zuständigen Aufsichtsbehörde lautet:

Der Landesbeauftragte für den Datenschutz
Prof. Dr. Thomas Petri, Postfach 22 12 19, 80502 München

6. Rechtliche Grundlagen

Praxis für Psychotherapie - Caroline Wieczorek
Kinder, Jugendliche & junge Erwachsene (Verhaltenstherapie)
Brunnenstr. 3 – 97222 Rimpf
Tel: 0176 – 2555 2897

Patient:innenaufklärung

In den meisten Fällen profitieren Patient:innen von einer ambulanten Psychotherapie. Jedoch bleibt ein Restrisiko, dass Psychotherapie nicht nur hilfreich, sondern auch ungünstige Auswirkungen auf das Wohlbefinden und die Lebensumstände haben kann.

Mögliche Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie:

- Die Inanspruchnahme einer Psychotherapie ist nicht mit einem Erfolgsversprechen verknüpft. Es kann im Gegenteil in Einzelfällen auch zu empfundenen Misserfolgen führen.
- Psychotherapie kann als zeitliche Belastung empfunden werden.
- Der mögliche Eingriff in die bisherige Lebensweise und in das individuelle Beziehungsgefüge kann (vorübergehend) als belastend empfunden werden.
- Es kann (vorübergehend) zu einer Symptomverschlechterung kommen (wenn in den ersten 30 Stunden keine Verbesserung eingetreten ist, sollte spätestens dann über die Weiterführung und alternative Behandlungsmethoden gesprochen werden) oder zu einer Stagnierung der Symptome.
- Es können Phasen von Selbstzweifel und/oder Selbstüberschätzung eintreten.
- Zwischenmenschliche Beziehungen (Partnerschaft, Freundschaften, Familie) können sich verbessern oder verschlechtern.
- Berufliche bzw. schulische Veränderungen in positiver und negativer Weise können auftreten.
- In Folge der Psychotherapie können Konflikte in der Beziehung zum:zur Psychotherapeut:in entstehen. Eine persönliche Beziehung zum:zur Psychotherapeut:in ist ausgeschlossen; die psychotherapeutische Beziehung ist eine professionelle, bezahlte Arbeitsbeziehung und keine private/freundschaftliche Beziehung.
- Medikamente können auf die Psychotherapie Einfluss haben (Medikamenteneinnahme und -veränderungen bitte unbedingt mitteilen)
- Ebenso können gleichzeitig stattfindende weitere Therapien oder psychosoziale Beratungen Einfluss auf die Psychotherapie haben (Weitere therapeutische und beratende Behandlungen bitte mitteilen)

Außerdem wurde ich über Folgendes aufgeklärt:

- Diagnose und Indikation für die Psychotherapie
- Ziel und Zweck der Psychotherapie
- die zur Anwendung gelangende psychotherapeutische Methode (Verhaltenstherapie und individuell geplante Methoden, Behandlungsplan)
- Erfolgswahrscheinlichkeit
- Frequenz und Dauer der Sitzungen
- ungefähre Dauer der Behandlung
- mögliche Settings (innerhalb der Praxis oder per Video, ggf. außerhalb zur Expositionsbehandlung)
- Dokumentation und Aufbewahrung von Testunterlagen, Berichten, schriftlichen Gesprächsaufzeichnungen u. ä.
- Mitarbeit ist notwendig, auch in Form von durch den:die Patient:in und bei Minderjährigen auch von den Eltern durchzuführenden therapeutischen Aufgaben
- Kostenübernahme durch die Krankenkasse nach Antragstellung bei der Krankenkasse und ggf. einem:einer Gutachter:in
- Psychotherapie muss häufig noch Jahre später angegeben werden bei manchen Kranken-, Berufsunfähigkeits- und anderen Versicherungen, bei Verbeamtung, manchen Berufsgruppen etc. und kann zu Ablehnung, erhöhten Beiträgen u. a. Nachteilen führen
- Ausfallhonorarregelung (Termin bis 48 h vorab absagen)

- Hiermit erkläre ich, über die aufgelisteten Punkte aufgeklärt worden zu sein. Ich habe keine weiteren Fragen dazu.

Unterschrift Patient:in ab 14 Jahren

Unterschrift Frau Wieczorek