

Eingangsfragebogen

Teil 1: Angaben zu Ihrer Person

Name, Vorname: Geburtsdatum:
 Straße: Ort:
 Tel. privat: Tel. mobil:
 E-Mail*:

* Wir möchten Sie an dieser Stelle darauf hinweisen, dass E-Mails nicht den Ansprüchen des Datenschutzes (Risiko der unbefugten Kenntnisnahme und Verwertung durch Dritte) und damit nicht der therapeutischen Schweigepflicht genügen. Trotzdem erleichtert uns die Nutzung der E-Mails die Kontaktaufnahme mit Ihnen. Wenn Sie sichergehen möchten, dass niemand erfährt, dass Sie sich in dieser Praxis um einen Therapieplatz bemühen, geben Sie bitte keine E-Mailadresse an. Sind Sie - trotz der im Hinblick auf die therapeutische Schweigepflicht unzureichende Datensicherheit - damit einverstanden, dass wir Sie zwecks Terminvereinbarung via E-Mail kontaktieren, dann tragen Sie Ihre E-Mailadresse ein. Die von Ihnen angegebene E-Mailadresse wird von uns ausschließlich für die Kontaktaufnahme, Terminvereinbarung und Absprachen genutzt. Mit der Angabe Ihrer E-Mailadresse sowie Ihrer Unterschrift am Ende des Fragebogens stimmen Sie dieser Nutzung ausdrücklich zu.

Auf welchen der Kontaktwege dürfen wir eine Nachricht für Sie hinterlassen? (Mehrfachnennung möglich)

Telefon privat Telefon mobil E-Mail sonstige:

Mit der Angabe der Kontaktmöglichkeiten sowie Ihrer Unterschrift am Ende des Fragebogens stimmen Sie ausdrücklich zu, dass die hier angegebenen Telefonnummern und E-Mailadressen seitens der Praxis (Behandler und Personal) für die Kontaktaufnahme, Absprachen und Terminvereinbarungen genutzt werden dürfen.

Name und Anschrift Ihrer Krankenkasse:

Beihilfe oder Zusatzversicherung:

Name und Anschrift Ihres Hausarztes:

Name: Telefon:

Straße: Ort:

Im Rahmen einer Psychotherapie nehmen Sie regelmäßig, i.d.R. einmal wöchentlich, einen Termin von 50 min Dauer wahr. Bitte geben Sie an, an welchen Tagen und zu welchen Uhrzeiten es Ihnen möglich ist, Termine wahrzunehmen. Arbeiten Sie im Schichtdienst, geben Sie bitte an zu welchen Zeiten Sie in dem jeweiligen Dienst Termine wahrnehmen können:

Wochentag	Vormittags	Nachmittags
Montag	von bis	von bis
Dienstag	von bis	von bis
Mittwoch	von bis	von bis
Donnerstag	von bis	von bis
Freitag	von bis	von bis

Bitte beschreiben Sie mit eigenen Worten die Problematik, wegen der Sie eine Therapie wünschen:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

In welchen Lebensbereichen schränken Sie diese Probleme ein?

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Was möchten Sie in der Therapie für sich erreichen?

.....
.....
.....
.....

- Familienstand:
- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> ledig, in Partnerschaft | <input type="checkbox"/> ledig, ohne Partnerschaft |
| <input type="checkbox"/> verheiratet, zusammenlebend | <input type="checkbox"/> verheiratet, getrennt lebend |
| <input type="checkbox"/> geschieden | <input type="checkbox"/> verwitwet |

- Lebenssituation:
- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> allein lebend | <input type="checkbox"/> mit Elternteil |
| <input type="checkbox"/> allein mit Kind/ Kindern | <input type="checkbox"/> mit Partner(in) |
| <input type="checkbox"/> mit Partner(in) und mit Kindern | <input type="checkbox"/> mit Freunden / Bekannten |
| <input type="checkbox"/> mit sonstigen Personen | |

- Kinder: ja nein
Wenn ja, Geburtsjahr und Geschlecht (m/w) der Kinder:

.....
.....

Staatsangehörigkeit: Muttersprache:

Wenn nicht deutsch: Wie schätzen Sie Ihre deutschen Sprachkenntnisse ein?

.....
.....

Religions-
zugehörigkeit römisch-katholisch evangelisch keine
 muslimisch andere:

höchster erreichter
Schulabschluss: kein Abschluss Sonderschulabschluss
 Hauptschul-/Volksschulabschluss Realschulabschluss
 (Fach-) Abitur Hochschulabschluss
 anderer Schulabschluss: (bitte eintragen)

erlernter Beruf:

derzeit ausgeübte Tätigkeit:

beruflicher Status: Vollzeit Teilzeit Gelegenheitsarbeiten
 Hausfrau/mann arbeitslos/ Hartz IV Ausbildung/Studium
 selbständig Altersrente/ Pension Erwerbsunfähigkeitsrente
 Arbeitsunfähigkeit seit wann?

.....
aus welchem Grund?

Ist ein Antrag auf Berentung gestellt?
 nein ja aus welchem Grund

Haben Sie einen Betreuer?

wenn ja: für welche Bereiche besteht die Betreuung?

Name + Telefonnr. des Betreuers:

Seit wann besteht die Betreuung?

Waren Sie bereits in einer ambulanten psychotherapeutischen Behandlung?

nein ja, bislang einmal ja, bislang mehrfach, wie oft?

Wenn ja: Von wann bis wann waren Sie jeweils in ambulanter psychotherapeutischer Behandlung?

von: bis: regulär beendet vorzeitig abgebrochen
 von: bis: regulär beendet vorzeitig abgebrochen
 von: bis: regulär beendet vorzeitig abgebrochen

Was waren die Anlässe der damaligen Behandlungen?

Waren Sie bereits wegen Ihrer Probleme in einer stationären psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung (auch Suchtbehandlungen)? Was war der Anlass?

Klinik: Zeitraum: Anlass:
 Klinik: Zeitraum: Anlass:
 Klinik: Zeitraum: Anlass:
 Klinik: Zeitraum: Anlass:

Geben Sie bitte Namen und vollständige Adressen Ihrer derzeitigen behandelnden Ärzte und Psychotherapeuten an:

Name:	Anschrift / Telefon:	seit wann in Behandlung?
.....
.....
.....
.....
.....

Befinden Sie sich aktuell in ambulanter psychiatrischer Behandlung? (Name, Ort):

.....

.....

Bestehen bei Ihnen körperliche Erkrankungen? Wenn ja welche und seit wann?

Erkrankung	seit wann?
.....
.....

Neben Sie zurzeit irgendwelche Medikamente ein (sowohl verordnete als auch nicht verordnete)?

Medikament (Name)	Dosierung pro Tag	Seit wann?	Grund der Einnahme

Haben Sie in der Vergangenheit Medikamente wegen psychischer Beschwerden eingenommen?

Medikament (Name)	Dosierung pro Tag	Seit wann?	Grund der Einnahme

Von wem wurden Sie überwiesen bzw. bekamen Informationen über die Praxis?

.....

.....

Teil 2: Angaben zu verschiedenen Problembereichen

I. Depression

1. Gab es einmal eine Zeit in Ihrem Leben, in der Sie über einen längeren Zeitraum (> 2 Wochen) **nahezu jeden Tag** niedergeschlagen und bedrückt waren oder Sie kein Interesse oder keine Freude mehr an Dingen oder Tätigkeiten hatten, die Ihnen sonst so viel bedeutet haben? ja nein

Wenn ja: Kreuzen Sie bitte im Folgenden an, welche der aufgeführten Gefühle oder Zustände während dieser Zeit bei Ihnen auftraten:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> deutlicher Gewichtsverlust oder Gewichtszunahme | <input type="checkbox"/> Schuldgefühle |
| <input type="checkbox"/> verminderter oder gesteigerter Appetit | <input type="checkbox"/> Konzentrationsverlust |
| <input type="checkbox"/> Schlaflosigkeit oder vermehrter Schlaf | <input type="checkbox"/> Entscheidungsunfähigkeit |
| <input type="checkbox"/> Ruhelosigkeit, ständig in Bewegung sein | <input type="checkbox"/> wiederkehrende Gedanken an den Tod |
| <input type="checkbox"/> Verlangsamung der Bewegung / des Sprechens | <input type="checkbox"/> Selbstmordgedanken |
| <input type="checkbox"/> Müdigkeit / Energieverlust | <input type="checkbox"/> Selbstmordversuch |
| <input type="checkbox"/> Gefühl der Wertlosigkeit | |

Leiden Sie auch gegenwärtig unter dieser niedergeschlagenen, bedrückten Stimmung? ja nein

wenn ja, seit wann:

Bitte markieren Sie andersfarbig, welche der aufgeführten Gefühle oder Zustände aktuell auftreten.

2. Gab es jemals eine Zeit, in der Sie sich so übermäßig gut fühlten, dass andere dachten, es sei etwas nicht in Ordnung? Oder waren Sie so überschäumender Stimmung, dass Sie dadurch in Schwierigkeiten gerieten? ja nein

II. Angst

1. Empfinden Sie in sozialen Situationen (z.B. Treffen, Essen vor anderen, Gesprächen mit Autoritätspersonen, Feierlichkeiten) oder in Leistungssituationen (Prüfungen, Sprechen vor mehreren Menschen) oder in Situationen, in denen Sie von anderen beobachtet oder beurteilt werden könnten, Nervosität, Unruhe, Aufregung oder Angst? ja nein

Wenn ja, in welchen Situationen?

Befürchten Sie häufig, dass Sie etwas tun oder sagen könnten, das Sie blamieren könnte, oder dass andere schlecht von Ihnen denken könnten? ja nein

Wenn ja, in welchen Situationen?

2. Eine Panikattacke besteht aus plötzlich einsetzender, intensiver Angst oder Furcht, häufig in Zusammenhang mit dem Gefühl drohender Gefahr. Zeitgleich treten häufig sehr unangenehme körperliche Symptome wie z.B. Schweißausbrüche, Herzrasen, Schwindel, Atemnot etc. auf. Ist bei Ihnen jemals eine solche Panikattacke aufgetreten? ja nein

Wenn ja: Wie häufig treten/traten diese Panikattacken auf?

Treten oder traten die Panikattacken „wie aus heiterem Himmel“ auf? ja nein

Gibt es Situationen oder Tätigkeiten, die Sie vermeiden, weil Sie befürchten, dass in /bei Ihnen eine solche Panikattacke auftreten könnte (z.B. Menschenmengen, engen Räume, Kaufhäuser, in einer Schlange anzustehen, Zug oder Bus fahren, allein das Haus zu verlassen)? ja nein

Wenn ja: welche Situationen, Tätigkeiten?

.....

.....

.....

III. Zwang

1. Haben Sie jemals unter Gedanken, Vorstellungen oder Impulsen gelitten, die Ihnen - zumindest anfänglich - unsinnig oder lästig erschienen oder Sie erschreckt haben und immer und immer wieder kamen, auch wenn Sie es gar nicht wollten? Z.B.: Sie könnten jemandem Gewalt antun, sich oder andere zu infizieren oder ein andauerndes Gefühl, dass durch eigenes Mitverschulden etwas Schlimmes passiert sein könnte? ja nein

Wenn ja: Beschreiben Sie die Gedanken bitte:

.....
.....
.....

2. Ist es schon einmal vorgekommen, dass Sie bestimmte Dinge immer und immer wieder tun mussten, obwohl Sie dies selber als übertrieben und unvernünftig empfunden haben? Z.B. sich immer wieder die Hände zu waschen, zu desinfizieren oder etwas mehrmals zu kontrollieren (z.B. elektrisches Gerät ausgeschaltet? Türe verschlossen?), um sicherzugehen, dass Sie es richtig gemacht haben? Nicht damit aufhören können, bestimmten Zahlenreihen zu sagen oder bestimmte Dinge anzufassen? ja nein

Wenn ja: Beschreiben Sie die Handlungen bitte:

.....
.....
.....

IV. Folgen Traumatischer Erlebnisse

1. Sind Ihnen schon einmal extrem schreckliche Dinge zugestoßen, wie z.B. sich in einer lebensbedrohlichen Situation zu befinden (Katastrophe, schwerer Unfall, Überfall, Folter, Opfer von Gewalt) oder haben Sie zusehen müssen, wie einer anderen Person etwas Derartiges passiert ist?

Sind derartige Dinge einer Ihnen nahestehenden Person passiert? ja nein

Wenn ja: Beschreiben Sie in Stichworten dieses Erlebnis:

.....
.....
.....

2. Durchleben Sie den Schrecken dieser Ereignisse in Alpträumen, Vorstellungen oder Gedanken, die Sie nicht loswerden können, immer wieder aufs Neue? ja nein

3. Geraten Sie durcheinander, wenn Sie etwas an diese Ereignisse erinnert? ja nein

4. Handeln oder fühlen Sie manchmal so, als ob Sie wieder in dieser Situation wären? ja nein

IX. Substanzkonsum

1. An wie vielen Tagen in der Woche trinken Sie normalerweise Alkohol?

.....

2. Wie viel Alkohol und welche Sorte trinken Sie an einem Tag, an dem Sie Alkohol trinken?

.....

3. Gab es Zeiten in Ihrem Leben, in denen Sie mehr Alkohol getrunken haben, als Sie nach Meinung anderer Leute trinken sollten? ja nein

Wenn ja: Wie viel Alkohol haben Sie damals getrunken?

.....

4. Haben Sie jemals über einen Zeitraum von mind. 1 Monat Drogen genommen? ja nein

5. Haben Sie während des letzten Monats irgendwelche Drogen genommen? ja nein

6. Haben Sie jemals Medikamente (Schmerz-, Abführ-, Schlaf- oder Beruhigungsmittel) in großen Mengen genommen oder häufiger bzw. höher dosiert eingenommen, als von Ihrem Arzt verschrieben oder im Beipackzettel empfohlen?

ja nein

Wenn ja, um welche Medikamente handelt es sich?

.....

7. Befanden Sie sich jemals in Ihrem Leben in ambulanter oder stationärer Behandlung wegen übermäßigen Konsums von Alkohol, Drogen oder Medikamenten? ja nein

Wenn ja: Geben Sie bitte alle diesbezüglichen Behandlungen an und wie lange Sie danach abstinent geblieben sind.

Wo?	Von wann bis wann?	Abstinenzdauer?		
.....	<input type="checkbox"/> stationär	<input type="checkbox"/> ambulant
.....	<input type="checkbox"/> stationär	<input type="checkbox"/> ambulant
.....	<input type="checkbox"/> stationär	<input type="checkbox"/> ambulant

X. Sonstige Probleme

1. Haben irgendwann einmal Dinge gehört (z.B. Geräusche oder Stimmen) oder gesehen, die andere Menschen nicht wahrnehmen konnten? ja nein

Bitte erläutern Sie:

.....

.....

2. Haben Sie Probleme damit, dass Sie ein Verhalten übermäßig (suchthaft) zeigen? ja nein

Bitte kreuzen Sie zutreffende Verhaltensweisen an:

übermäßiges Geldausgeben übermäßiger Internetgebrauch übermäßiges Fernsehen

übermäßige sexuelle Aktivität übermäßiges Computerspielen übermäßiges Glücksspiel

sonstiges suchthaftes Verhalten:

.....

3. Haben Sie schon einmal versucht sich das Leben zu nehmen oder haben Sie jemals ernsthaft darüber nachgedacht?

ja nein

Wenn ja: Bitte geben Sie an, wann das jeweils war und welche Gründe Sie dazu bewogen haben:

.....

.....

4. Erleben Sie häufig Schwierigkeiten in zwischenmenschlichen Beziehungen, mit Ihren Gefühlen oder mit Ihrem Selbstbild?

ja nein

5. Zeigen Sie impulsives Verhalten (wie z.B. rücksichtsloses Fahren, selbstverletzende Handlungen, Essanfälle?)

ja nein

6. Erleben Sie häufig Episoden von äußerst unangenehmer innerer Anspannung, ohne dass Sie diese immer Angst, Wut oder Schuld zuordnen können?

ja nein

Vereinbarungen zu Psychotherapien in dieser Praxis

Die Psychotherapeutischen Sitzungen dauern 50 min und finden in der Regel einmal wöchentlich statt. Die Psychotherapeutin arbeitet nach dem Bestellsystem, d.h., die mit Ihnen abgesprochenen Termine werden für Sie verbindlich reserviert. Wartezeiten in überfüllten Wartezimmern kommen bei uns nicht vor. Um dies auch weiterhin aufrecht erhalten zu können, verpflichten Sie sich, die fest vereinbarten Behandlungstermine pünktlich wahrzunehmen und im Verhinderungsfall rechtzeitig, d.h. **48 Werktagstunden** vor dem vereinbarten Termin abzusagen bzw. absagen zu lassen (vorzugsweise Telefon auch Anrufbeantworter, alternativ: Brief, Fax, E-Mail). Bei nicht rechtzeitiger Absage wird Ihnen, da wir den Termin nicht kurzfristig neu besetzen können, ein Bereitstellungshonorar in Höhe von **45,00 Euro** berechnet, welches ausschließlich vom Patienten selbst zu tragen ist und nicht von dem Versicherungsträger erstattet wird.

Die Psychotherapeutin nimmt zur Qualitätssicherung und Optimierung von Behandlungsergebnissen an verschiedenen Qualitätszirkeln/Intervision/Supervision für Psychologische Psychotherapeuten teil. Unter anderem werden hier Patienten in anonymisierter Form vorgestellt.

Entsprechend der gesetzlichen Vorgaben werden Ihre Unterlagen - wie in Arztpraxen auch - über 10 Jahre archiviert und nach Ablauf dieser Frist vollständig vernichtet.

Ich habe die Vereinbarungen zu Psychotherapien in dieser Praxis gelesen, erkläre mich mit der Ausfallhonorarregelung einverstanden und bitte um Aufnahme in die Warteliste. Außerdem habe ich die „Patienteninformation zum Thema Datenschutz“, die diesem Fragebogen angehängt ist, zur Kenntnis genommen und gebe mit meiner Unterschrift meine datenschutzrechtliche Einwilligung gemäß DSGVO zur Nutzung und Speicherung meiner Daten zum Zweck der psychotherapeutischen Behandlung. Ferner stimme ich einer Kontaktaufnahme auf den o.g. Wegen (s. S. 1, Teil 1: Angaben zu Ihrer Person) zu.

.....
Name (bitte in Druckbuchstaben)

.....
Ort

.....
Datum

.....
Unterschrift

Vielen Dank!

Bitte überprüfen Sie noch einmal, ob Sie alle Fragen beantwortet haben und vergessen Sie Ihre Unterschrift nicht.
Bitte senden Sie den Fragebogen zurück an:

Praxis für Psychotherapie
z.Hd. Anke Harzbecker-Sievert
Weseler Straße 7
46459 Rees

PATIENTENINFORMATION ZUM DATENSCHUTZ

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
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

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist:

Praxis für Psychotherapie
z.Hd. Anke Harzbecker-Sievert
Weseler Straße 7
46459 Rees
kontakt@psychotherapie-rees.de

2. ZWECK DER DATENVERARBEITUNG

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

Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen (Erfragung der Vorgeschichte der Symptomatik), Diagnosen, Therapievorschlüsse und Befunde, die wir oder andere Ärzte oder Psychotherapeuten 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, Gutachter der Krankenkassen/Beihilfestelle, 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 berechtigte Empfänger beispielsweise Supervisoren oder Gutachter.

Wir haben spezialisierte Dienstleister beauftragt, uns zu unterstützen. Dazu zählen beispielsweise Softwareanbieter und Systemadministratoren. Diese haben, nur soweit für die Erbringung der Dienstleistung unbedingt erforderlich, Zugriff auf personenbezogene Daten.

4. SPEICHERUNG IHRER DATEN

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten und Behandlungsunterlagen 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, z.B. 30 Jahre, falls dauerhafte Dokumentation sinnvoll erscheint.

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:

Name: Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit Nordrhein-Westfalen

Anschrift: Kavalleriestr. 2-4, 40213 Düsseldorf

6. RECHTLICHE GRUNDLAGEN

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit Paragraph 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz.

Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich gern an uns wenden.

Ihr Praxisteam