

Eingangsfragebogen

Teil 1: Angaben zu Ihrer Person

Name, Vorname: Geburtsdatum:
 Straße: Ort:
 Tel. privat: Tel. mobil:
 E-Mail*: Notfallkontakt (Name, Tel.):
 Rechtlicher Vertreter/Betreuer (wenn vorhanden) Name, Tel.:

* 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

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 Ihrer Krankenkasse:

Beihilfe oder Zusatzversicherung:

Name und Ort Ihres Hausarztes:

Wenn vorhanden:

	Name	Ort	Seit wann
Psychotherapeut:			
Psychiater:			
Weitere Behandler & Fachrichtung:			

Besteht Anbindung an eine psychiatrische Institutsambulanz Ja Nein

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

Religionszugehörigkeit:

höchster erreichter Schulabschluss:

erlernter Beruf:

derzeit ausgeübte Tätigkeit:

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

Besteht aktuell eine Arbeitsunfähigkeit? ja nein

wenn ja, seit wann? Grund:

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

Waren Sie bereits in einer ambulanten psychotherapeutischen Behandlung?

nein ja

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

Bei Therapeut:
 von: bis: regulär beendet vorzeitig abgebrochen
 Anlass:

Bei Therapeut:
 von: bis: regulär beendet vorzeitig abgebrochen
 Anlass:

Bei Therapeut:
 von: bis: regulär beendet vorzeitig abgebrochen
 Anlass:

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: von: bis: Anlass:

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

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

Besteht ein Grad der Behinderung? ja % nein

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. Rauchen Sie? ja nein
 Wenn ja, wieviele Zigaretten pro Tag?

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

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

4. 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?

5. Haben Sie jemals über einen Zeitraum von mind. 1 Monat Drogen genommen? ja nein
 Wenn ja, Welche Drogen?
 Zeitraum: von bis

6. Haben Sie während des letzten Monats irgendwelche Drogen genommen? ja nein
 Wenn ja, Welche Drogen?

7. 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?

8. 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 (suchhaft) 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

7. Gibt es wichtige Punkte, die noch nicht erfasst wurden?
.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Vereinbarungen zu Psychotherapien in dieser Praxis

Bitte bringen Sie zum ersten Termin Ihre Versicherungskarte sowie – wenn vorhanden – Vorbefunde wie z.B. Klinik- oder Rehaberichte mit. Eine Überweisung vom Hausarzt ist nicht zwingend erforderlich. Im Rahmen der Sprechstunde (Dauer i.d.R. 50 min) wird abgeklärt, welcher Art die bei Ihnen vorliegenden Probleme sind und ob ein Verdacht auf eine behandlungsbedürftige psychische Erkrankung besteht. Die Abklärung erfolgt im persönlichen Gespräch (z.B. Schilderung der Problematik und ihrer Entstehung sowie gezieltes Erfragen von Symptomen) und wird häufig durch eine Fragebogendiagnostik (papier- oder softwaregestützt) ergänzt. Planen Sie hierzu gerne ca. 30 min im Anschluss an die eigentliche Sitzung ein. Ist eine psychotherapeutische Behandlung indiziert, informiert Sie die Therapeutin über die unterschiedlichen Verfahren / Anwendungsformen und den Ablauf einer Psychotherapie. Ferner wird besprochen, ob eine Fortführung der Sitzungen in dieser Praxis sinnvoll und möglich ist. Bitte beachten Sie, dass sich aus Teilnahme an der Sprechstunde kein Anspruch auf einen festen Therapieplatz ergibt. Ist keine Psychotherapie indiziert, werden Sie über alternative Versorgungsangebote informiert. Nach Abschluss der Sprechstunden-terminen erhalten Sie einen individuellen Befundbericht sowie ein Informationsblatt zur ambulanten Psychotherapie.

Regelung zum Ausfallhonorar:

Die Sitzungstermine (Dauer i.d.R. 50 min) werden fest vereinbart und von der Psychotherapeutin für Sie bereitgehalten. **Sie verpflichten sich, die vereinbarten Termine pünktlich wahrzunehmen und im Verhinderungsfall rechtzeitig, d.h. spätestens 48 Werktagstunden vor dem vereinbarten Termin, abzusagen bzw. absagen zu lassen. Dazu genügt eine telefonische Absage unter 02851 981 9930 (gerne den AB besprechen) oder eine schriftliche Mitteilung (Brief, Fax, E-Mail).** Sonn- und Feiertage werden hierbei nicht mit eingerechnet (ein Termin Montag 15 Uhr muss z.B. bis Freitag 15 Uhr abgesagt werden). Bei nicht rechtzeitiger Absage wird Ihnen – da wir den Termin i.d.R. nicht kurzfristig neu besetzen können – ein **Ausfallhonorar in Höhe von 55,00 €** in Rechnung gestellt, welches von Ihnen privat zu tragen ist und nicht von dem Versicherungsträger erstattet wird.

Die Psychotherapeutin nimmt zur Qualitätssicherung der Behandlung an Qualitätszirkeln | Interventionen | Supervisionen für Psychologische Psychotherapeuten teil. Unter anderem werden hier Patienten in anonymisierter Form vorgestellt. Entsprechend der gesetzlichen Vorgaben werden Ihre Unterlagen über 10 Jahre archiviert und nach Ablauf dieser Frist vollständig vernichtet. Aktuelle Informationen zur Erreichbarkeit der Praxis, Notfallnummern für Krisensituationen sowie weitere Informationen zum Thema Psychotherapie entnehmen Sie bitte der Praxishomepage unter www.psychotherapie-rees.

Ich habe die Vereinbarungen zu Psychotherapien in dieser Praxis gelesen und akzeptiere diese. Ich erkläre mich mit der Ausfallhonorarregelung einverstanden und bitte um Aufnahme in die Warteliste. Außerdem habe ich die „Patienteninformationen 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.

.....
Vorname, Nachname (bitte gut leserlich)

.....
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:

PT-Praxis 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:

Anke Harzbecker-Sievert
Praxis für Psychotherapie
Weseler Straße 7
46459 Rees
Tel.: 02851-9819930
kontakt@psychotherapie-rees.de

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, 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 berechnete Empfänger.

Wir haben spezialisierte Dienstleister beauftragt, uns zu unterstützen. Dazu zählen beispielsweise Softwareanbieter und Systemadministratoren und – sofern von Ihnen gewünscht - auch zertifizierte Videosprechstundenanbieter. 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