

Erstfragebogen für Patient*innen

Sehr geehrte Psychotherapieinteressent*innen,

bitte füllen Sie diesen Fragebogen aus, wenn Sie ein Erstgespräch vereinbaren möchten und Interesse an einem Therapieplatz bei mir haben. Die Angaben werden streng vertraulich behandelt. Weiterhin finden Sie im Anhang eine Reihe von benötigten Einverständniserklärungen, die ich für die unkomplizierte Kontaktaufnahme mit Ihnen benötige. Bitte bringen Sie zum Erstgespräch den ausgefüllten Fragebogen und Ihre Krankenkassenkarte mit. Gern können Sie mir den Fragebogen auch zuvor per Mail an lang@muehldorf-psychotherapie.de zukommen lassen.

Aufgrund der hohen Anfrage führe ich eine Warteliste, auf die ich Sie nach einem Erstgespräch gerne aufnehmen kann. Bitte melden Sie sich alle 8 Wochen bei weiterhin bestehendem Interesse zurück. Wenn ich nach einem Erstgespräch mehr als 8 Wochen nicht mehr von Ihnen höre, gehe ich davon aus, dass Sie keinen Behandlungsbedarf mehr haben und vernichte aus Datenschutzgründen den Fragebogen.

Mit freundlichen Grüßen

Dipl. Psych. Carolin Lang

Psychologische Psychotherapeutin (VT)

Angaben zur Person

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Geschlecht: _____

Straße/Hausnummer: _____ PLZ/Ort: _____

Telefonnummer: _____ Emailadresse: _____

Familienstand: ledig verheiratet in Beziehung lebend getrennt geschieden
 verwitwet

Kinder: ja nein; Wenn ja, wie viele und wie alt? _____

Erlerner Beruf: _____

Derzeitige Tätigkeit: _____

Krankenkasse: _____

Gesetzlich versichert privat versichert Beihilfe versichert Selbstzahler

Hausärzt*in: _____

Die Therapiestunden (50 Minuten) finden in der Regel wöchentlich am gleichen Tag und zur gleichen Uhrzeit statt.

Bitte geben Sie daher hier Zeiten an, die Sie regelmäßig wahrnehmen können:

Bitte beachten Sie, dass die Praxis am Freitag Nachmittag geschlossen ist und Termine nach 15 Uhr nur in Ausnahmefällen stattfinden können.

	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	

Aktuelle Beschwerden

Aus welchem Grund möchten Sie eine Therapie beginnen?

Beschreiben Sie die psychischen Beschwerden, unter denen Sie aktuell am meisten leiden:

Nehmen Sie aktuell Medikamente wegen dieser psychischen Beschwerden?

Medikament	Dosierung	Seit wann	Durch welchen Arzt verordnet?

Vorbehandlungen:

Waren Sie schon einmal in stationärer oder ambulanter psychotherapeutischer oder psychiatrischer Behandlung?

Name des Behandlers, Praxis, Klinik	Wann?

Haben Sie Rente oder eine Reha beantragt?

Trinken Sie Alkohol? Wenn ja, an wie vielen Tagen in der Woche und wieviel?

Nehmen Sie regelmäßig Drogen oder andere Substanzen? Wenn ja, welche und wie oft?

Gibt es noch etwas, dass Sie mir gern vorab mitteilen möchten und hier noch nicht erfragt wurde?

Ort, Datum Unterschrift Patient*in (ggf. gesetzliche/r Vertreter*in)

Einverständniserklärung zur E-Mail-Korrespondenz

Der Versand personenbezogener Daten durch unverschlüsselte E-Mails ist aus datenschutzrechtlichen Gründen grundsätzlich untersagt, sodass entsprechende Korrespondenz ausschließlich durch Postversand erfolgen kann, wenn nicht eine ausschließliche schriftliche Einwilligung durch den Patienten erteilt wird. Mit dieser Einverständniserklärung stimmen Sie dem Versand von Daten via E-Mail durch mich zu.

Ich bin mit der Korrespondenz bzw. der Zusendung von personenbezogenen- und Gesundheitsdaten per E-Mail an die oben genannte E-Mail-Adresse einverstanden. Mir ist bekannt, dass die mir so zugesandten E-Mails personenbezogene Daten enthalten können. Die Risiken, die mit dem Versand solcher E-Mails verbunden sind – insbesondere die unbefugte Kenntnisnahme und Verwertung durch Dritte – sind mir bewusst.

Ich möchte ausschließlich telefonisch kontaktiert werden.

Ort, Datum Unterschrift Patient*in (ggf. gesetzliche/r Vertreter*in)

Aufklärung zum Datenschutz

Auf den folgenden Seiten finden Sie ausführliche Patient*inneninformationen zum Datenschutz. Bitte lesen Sie sich diese sorgfältig durch.

Ich habe die Patienteninformation zum Datenschutz erhalten und gelesen.

Ort, Datum Unterschrift Patient*in (ggf. gesetzliche/r Vertreter*in)

PATIENTENINFORMATION ZUM DATENSCHUTZ

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist mir wichtig. Nach der EU-Datenschutz Grundverordnung (DSGVO) bin ich verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck die 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:

Dipl.-Psych. Carolin Lang

Praxisname: Psychotherapeutische Praxis Carolin Lang

Adresse: Brückenstraße 1, 84453 Mühldorf am Inn

Kontaktdaten: Tel. 08631-161861, lang@muehldorf-psychotherapie.de

Sie erreichen die zuständige Datenschutzbeauftragte unter:

Dipl.-Psych. Carolin Lang

Praxisname: Psychotherapeutische Praxis Carolin Lang

Adresse: Brückenstraße 1, 84453 Mühldorf am Inn

Kontaktdaten: Tel. 08631-161861, lang@muehldorf-psychotherapie.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 verarbeite ich Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapievorschläge und Befunde, die ich oder andere Psychotherapeuten und 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

Ich ubermittele 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, Kassenarztliche Vereinigungen, Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, Ärztekammern und privatarztliche 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 berechnigte Empfänger.

4. SPEICHERUNG IHRER DATEN

Ich bewahre Ihre personenbezogenen Daten nur so lange auf, wie dies für die Durchführung der Behandlung erforderlich ist. Aufgrund rechtlicher Vorgaben bin ich dazu verpflichtet, diese Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren.

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 benötige ich 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:

Bayerisches Landesamt für Datenschutzaufsicht (BayLDA), Promenade 18, 91522 Ansbach

6. RECHTLICHE GRUNDLAGEN

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit Paragraf 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz. Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich gern an mich wenden.

Mit freundlichen Grüßen

Dipl.-Psych. Carolin Lang (Psych. Psychotherapeutin)