

Praxis für Psychotherapie
Elena Weigle
Maasstraße 14
47623 Kevelaer

Sie interessieren sich für eine Behandlung in meiner psychotherapeutischen Praxis für Verhaltenstherapie. Um Ihrem Anliegen fachgerecht entsprechen zu können, bitte ich, Sie den folgenden Anmeldebogen auszufüllen und mir zukommen zu lassen.

Angaben zu Ihrer Person

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Geschlecht: ☐ männlich ☐ weiblich ☐ divers

Straße: _____ PLZ und Ort: _____

Tel. privat: _____ Tel. dienstl.: _____ Tel. mobil: _____

E-Mail-Adresse: _____

Auf welchem Weg darf ich Sie kontaktieren? ☐ Telefon ☐ E-Mail ☐ Postanschrift

Hinweis zur E-Mail-Kommunikation:
E-Mails sind nicht verschlüsselt und entsprechen nicht der Schweigepflicht. Bei absolutem Diskretionswunsch tragen Sie bitte keine E-Mail-Adresse ein. Bei Angabe Ihrer E-Mail stimmen Sie der Nutzung ausschließlich für Kontaktaufnahme und Terminvereinbarung zu. Dies gilt mit Ihrer Unterschrift la ausdrücklich vereinbart.

Familienstand: ☐ ledig ☐ verheiratet ☐ getrennt ☐ geschieden ☐ verwitwet ☐ in Beziehung lebend

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

Staatsangehörigkeit: _____ Muttersprache: _____

Erlernter Beruf: _____

Derzeitige Tätigkeit: _____

Besteht aktuell eine Arbeitsunfähigkeit? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, seit wann? _____ Grund: _____

Ist ein Antrag auf Berentung gestellt?

☐ ja ☐ nein Wenn ja, aus welchem Grund: _____

Name und Anschrift Ihrer Krankenkasse: _____

_____

Geben Sie bitte Name und vollständige Adresse Ihres Hausarztes an:

Name Anschrift Telefon

_____

_____

_____

Psychotherapie bedeutet regelmäßig i.d.R. einmal wöchentlich einen Termin von 50 Minuten (oder bei Gruppenangeboten 100 Minuten) Dauer wahrzunehmen. Bitte geben Sie an, an welchen Tagen und zu welchen Uhrzeiten es Ihnen möglich ist, Termine bei mir wahrzunehmen.

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

Sollten Sie Schichtdienst haben, dann geben Sie bitte an, zu welchen Zeiten Sie bei dem jeweiligen Dienst Termine wahrnehmen können.

_____

Bitte beschreiben Sie in eigenen Worten ihre Hauptprobleme, wegen derer Sie eine Behandlung bei uns wünschen:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

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

_____

_____

Nehmen Sie aktuell irgendwelche Medikamente ein (sowohl verordnete als auch nicht verordnete)?

Medikament Dosierung Seit wann?

_____

_____

_____

Waren Sie wegen Ihrer jetzigen oder wegen früherer psychischer Probleme in stationärer oder ambulanter Behandlung? Bitte geben Sie an, wo und wann sie in Behandlung waren.

Wo (Name)? von wann bis wann?

_____ ☐ stationär ☐ ambulant

_____ ☐ stationär ☐ ambulant

_____ ☐ stationär ☐ ambulant

_____ ☐ stationär ☐ ambulant

_____ ☐ stationär ☐ ambulant

Angaben zu verschiedenen Problembereichen

1. Depression

Gab es jemals eine Zeit, in der Sie nahezu jeden Tag niedergeschlagen und bedrückt waren oder kein Interesse, bzw. keine Freude mehr an Dingen hatten, die Ihnen sonst 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:

☐ deutlicher Gewichtsverlust o. Gewichtszunahme

☐ verminderter oder gesteigerter Appetit

☐ Schlaflosigkeit oder vermehrter Schlaf

☐ Ruhelosigkeit, ständig in Bewegung sein

☐ Verlangsamung der Bewegungen / des Sprechens

☐ Müdigkeit Energieverlust

☐ Gefühl der Wertlosigkeit

☐ Schuldgefühle

☐ Konzentrationsverlust

☐ Entscheidungsunfähigkeit

☐ wiederkehrende Gedanken an den Tod

☐ Selbstmordgedanken

☐ Selbstmordversuch

Leiden Sie auch gegenwärtig unter dieser niedergeschlagenen, bedrückten Stimmung?

☐ ja ☐ nein

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

2. Angst

Kam es jemals vor, dass Sie ganz plötzlich einen Ansturm intensiver Angst, Furcht oder Schrecken verspürten?

☐ ja ☐ nein Wenn ja, wann war dies zuletzt der Fall: _____

Entstehen diese Gefühle manchmal „wie aus heiterem Himmel“ ohne erkennbaren Grund und nicht in Situationen, in denen Sie erwartet haben, dass sie auftreten?

☐ ja ☐ nein

Gibt es Situationen oder Tätigkeiten wie z.B. Kaufhäuser, Schlange stehen, Auto fahren, Menschenmengen oder enge geschlossene Räume, in denen Sie Angst haben oder die sie vermeiden?

☐ ja ☐ nein Wenn ja, welche Situationen, Tätigkeiten? _____

_____

Fühlen Sie sich in sozialen Situationen (z.B. Verabredungen, mit Autoritätspersonen sprechen, Partys) oder Leistungssituationen (Prüfungen, Sprechen vor mehreren Menschen) in denen Sie von anderen beobachtet werden könnten ängstlich, nervös oder sehr aufgeregt?

Wenn ja, in welchen Situationen? _____

_____

Machen Sie sich ausgeprägte Sorgen darüber, dass Sie etwas tun oder sagen könnten, das Ihnen peinlich sein könnte, oder dass andere schlecht von Ihnen denken könnten?

☐ ja ☐ nein Wenn ja, in welchen Situationen? _____

_____

Waren Sie in den letzten Monaten an der Mehrzahl der Tage sehr besorgt, angespannt oder nervös bezüglich verschiedener Dinge oder Alltagsangelegenheiten?

☐ ja ☐ nein Wenn ja, welche Sorgen/Dinge? _____

_____

Ist es schwierig diese Sorgen zu beenden, bzw. drängen sich diese auf, wenn Sie sich auf etwas konzentrieren wollen? ☐ ja ☐ nein

3. Zwang

Haben Sie jemals unter Gedanken gelitten, die Ihnen -zumindest anfänglich- lästig oder unsinnig erschienen und immer wieder kamen auch wenn Sie es gar nicht wollten? Z.B. die Vorstellung sich zu beschmutzen oder zu infizieren, jemandem Gewalt anzutun, oder ein andauerndes Grübeln darüber etwas Schlimmes könne passieren?

☐ ja ☐ nein

Wenn ja: Beschreiben Sie die Gedanken bitte: _____

_____

Ist es schon einmal vorgekommen, dass Sie bestimmte Dinge immer und immer wieder tun mussten, wie z.B. sich immer wieder die Hände zu waschen oder etwas mehrmals zu kontrollieren, um sicherzugehen, dass Sie es richtig gemacht haben? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja: Beschreiben Sie die Handlungen bitte: _____

_____

4. Folgen traumatischer Erlebnisse

Sind Ihnen schon einmal extrem schreckliche Dinge zugestoßen, wie z.B. sich in einer lebensbedrohlichen Situation zu befinden (Katastrophe, Unfall, Überfall, Folter, Opfer von Gewalt) oder haben Sie zusehen müssen, wie eine andere Person getötet oder schwer verletzt wurde, oder ist etwas Derartiges einer Ihnen nahestehenden Person passiert? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, durchleben Sie den Schrecken dieser Ereignisse in Alpträumen, Vorstellungen oder Gedanken, die Sie nicht loswerden können, immer wieder aufs Neue oder geraten Sie durcheinander, wenn Sie etwas an diese Ereignisse erinnert? ☐ ja ☐ nein

5. Sexuelle Probleme

Leiden Sie unter Problemen im sexuellen Bereich? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja: welche? _____

_____

6. Essverhalten

Aktuelles Gewicht: _____ kg Körpergröße: _____ cm

Bitte geben Sie ihr höchstes und ihr niedrigstes Körpergewicht seit Ihrem 14. Lebensjahr an:

Niedrigstes Körpergewicht: _____ kg Höchstes Körpergewicht: _____ kg

Gab es jemals eine Zeit, in der Sie weniger wogen, als Sie nach Meinung anderer wiegen sollten oder in der Sie stark abgenommen haben? ☐ ja ☐ nein

Hatten Sie jemals Essanfälle, bei denen Sie in kurzer Zeit sehr viel aßen und das Gefühl hatten, Ihr Essverhalten nicht mehr kontrollieren zu können? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, führten Sie nach solchen Essanfällen Maßnahmen wie Erbrechen, Einnahme von Abführmitteln, Diäten oder Fasten durch, damit Sie durch Ihr Essen nicht zunehmen? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche Maßnahmen: _____

_____

Bemühen Sie sich Ihr Körpergewicht unter einer bestimmten Grenze zu halten?

☐ ja ☐ nein Wenn ja, wo liegt diese Grenze? _____kg

Was tun Sie, um nicht zuzunehmen? _____

_____

7. Schmerzen

Gab es Zeiten, in denen Sie über mindestens 6 Monate hinweg immer wieder Schmerzen hatten?

☐ ja ☐ nein

Sind medizinische Ursachen für die Schmerzen bekannt? ☐ ja ☐ nein

8. Substanzkonsum

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

Wie viel Alkohol (und welche Sorte) trinken Sie an einem Tag, an dem Sie Alkohol trinken? _____

Gab es eine Zeit in Ihrem Leben, in der Sie mehr Alkohol getrunken haben, als Sie nach der Meinung anderer Leute trinken sollten? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, wie viel Alkohol haben sie da getrunken? _____

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 Beipack-zettel empfohlen? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, um welche Medikamente handelt es sich? _____

_____

Haben Sie jemals irgendwelche Drogen genommen? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche? wann, über welchen Zeitraum?

_____

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

Wenn ja, welche Drogen? _____

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?

_____ ☐ stationär ☐ ambulant

_____ ☐ stationär ☐ ambulant

_____ ☐ stationär ☐ ambulant

9. Sonstige Probleme

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

Erleben Sie häufig Schwierigkeiten in zwischenmenschlichen Beziehungen, mit Ihren Gefühlen oder Ihrem Selbstbild? ☐ ja ☐ nein

Zeigen Sie impulsives Verhalten (wie z.B. rücksichtloses Fahren, selbstverletzende Handlungen, Essanfälle)? ☐ ja ☐ nein

Erleben Sie häufig auftretende Episoden von äußerst unangenehmer innerer Anspannung, ohne dass Sie diese immer Angst, Wut oder Schuld zuordnen können? ☐ ja ☐ nein

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. Ist eine psychotherapeutische Behandlung indiziert, informiere ich Sie 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 der Teilnahme an der Sprechstunde kein Anspruch auf einen festen Therapieplatz ergibt. Ist keine Psychotherapie indiziert, werden Sie über alternative Versorgungsangebote informiert.

Regelung zum Ausfallhonorar:

Die Sitzungstermine (Dauer i.d.R. 50 Min.) werden fest vereinbart und von mir für Sie bereitgehalten. **Sie verpflichten Sich, die vereinbarten Termine pünktlich wahrzunehmen und im Verhinderungsfall rechtzeitig, d.h. spätestens 48 Werkstunden vor dem vereinbarten Termin, abzusagen. Dazu genügt eine telefonische Absage unter 02832-9786884 oder eine schriftliche Mitteilung (Brief oder E-Mail).** Sonn- und Feiertage werden hierbei nicht mit eingerechnet. Bei nicht rechtzeitiger Absage wird Ihnen – da ich den Termin i.d.R. nicht kurzfristig neu besetzen kann – ein **Ausfallhonorar in Höhe von 80,-€** in Rechnung gestellt. Dieses Ausfallhonorar ist von Ihnen privat zu tragen und wird nicht von dem Versicherungsträger erstattet.

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

Ich habe die Vereinbarungen zu Psychotherapien in dieser Praxis gelesen und akzeptiere diese. Ich erkläre mich mit der Ausfallhonorarregelung einverstanden und bitte um Aufnahme auf die Warteliste. Außerdem habe ich die „Patienteninformation zum 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 (siehe Seite 1) zu.

_____

Vorname, Nachname (bitte gut leserlich)

_____	_____	_____
Ort	Datum	Unterschrift

Vielen Dank! Bitte schauen Sie noch einmal nach, ob Sie alle Fragen beantwortet haben und vergessen Sie Ihre Unterschrift nicht. Bitte senden Sie den Fragebogen zurück an:

Praxis für Psychotherapie
Elena Weigle
Maasstr. 14
47623 Kevelaer
02832-9786884

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 meine 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:

Elena Weigle
Praxis für Psychotherapie
Maasstr. 14
47623 Kevelaer
Tel.: 02832-9786884
info@psychotherapiepraxis-weigle.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 verarbeite ich Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapievorschläge und Befunde, die ich oder andere Ärzte erheben. Zu diesen Zwecken kann ich auch andere Ärzt:innen oder Psychotherapeut:innen, 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 übermittele 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.

Ich habe spezialisierte Dienstleister beauftragt, mich zu unterstützen. Dazu zählen beispielsweise Softwareanbieter und Systemadministratoren und – sofern von Ihnen gewünscht - auch zertifizierte Videosprechstundenanbieter. Diese haben, nur so weit für die Erbringung der Dienstleistung unbedingt erforderlich, Zugriff auf personenbezogene Daten.

4. SPEICHERUNG IHRER DATEN

Ich bewahre Ihre personenbezogenen Daten und Behandlungsunterlagen 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. 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 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:
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 Paragraf 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz.

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

Ihre Praxis für Psychotherapie

Elena Weigle