Praxis für Kinder- und Jugendsychotherapie Dr. phil. Hans-Adolf Hildebrandt, M.A.

www.hans-adolf-hildebrandt.de - Tel.: 0175 / 59 61 389

Liebe Patienten,

Um mich auf das Erstgespräch vorzubereiten, bitte ich Sie, die folgenden Seiten vollständig auszufüllen. Ihre Angaben werden von mir elektronisch gespeichert, unterliegen den strengen Bestimmungen des Datenschutzes und des Arztgeheimnisses. Bitte bestätigen Sie die Kenntnis-nahme der in diesem Anmeldebogen gegebenen Informationen und die Richtigkeit Ihrer An-gaben mit Ihrer Unterschrift.

Bei Kindern unter 16 Jahren benötige ich das schriftlich Einver-ständnis beider Sorge berechtigter Eltern, damit ich mich mit Ihnen verabreden darf.

Vielen Dank.

Patient/in

Name	
Vorname	
Geboren am	
Adresse (Straße, PLZ, Ort)	
Schulklasse/ -form	
Telefon	
E-Mail	
mit versichert bei	
Haus- / Kinderarzt	

Angaben der gesetzlichen Vertreter/des Hauptversicherten

(Eltern/Vormund/Betreuer bei Patienten un-ter 18 Jahren

Name	
Vorname	
Geboren am	
Adresse (Straße, PLZ, Ort)	
Telefon	
E-Mail	

Name	
Vorname	
Geboren am	
Adresse (Straße, PLZ, Ort)	
Telefon	
E-Mail	

➡

Informationen zu Ihrer Psychotherapie

Die Psychotherapie beginnt mit bis zu sechs sogenannten probatorischen Sitzungen. Diese ersten Termine dienen dem gegenseitigen Kennenlernen.
Die Probatorik nutze ich zur Beurteilung der Diagnostik, Indikationsstellung und Anam-nese, also zum psychodynamischen, bzw. lebensgeschichtlichen Verstehen der geschilderten Beschwerden.

Wenn es im Verlauf der probatorischen Sitzungen zwischen Ihnen und mir zu einer Eini-gung kommt, stelle ich bei Ihrem Kostenträger einen Kostenübernahme-Antrag für Kurzzeit- oder Langzeittherapie. Die Kurzzeittherapie kann unter bestimmten Voraussetzungen später mit einem weiteren und umfangreichen Antrag in eine Langzeittherapie umgewandelt werden.
Sinn einer tiefenpsychologischen Psychotherapie ist es, Ihre Symptome und Beschwerden als Anzeichen entsprechender Beziehungskonflikte zu untersuchen und bewusst zu machen.

Eine Psychotherapie entlastet Sie einerseits, z.B. durch ein Anvertrauen-Können, durch eine Krisenintervention, durch Mitteilen von Sorgen oder Verstehen von Kommunikations-mustern, sie kann aber zeitweilig auch belasten, wenn sich z.B. in der therapeutischen Beziehung für Sie typische Konfliktmuster anbahnen oder entstanden sind. Daher ist es wichtig, dass Sie ihre Therapietermine regelmäßig wahrnehmen, auch wenn Sie dabei Widerstände bei sich feststellen sollten und dass Sie diese eventuellen Probleme mit mir besprechen.

Es ist ganz wichtig, daß Sie Ihr Kind auf die bevorstehende Therapie einstimmen. Auf keinen Fall sollte es das Gefühl bekommen, daß nun nach all den negativen Reaktionen seiner Umwelt auf sein Verhalten eine weitere Strafaktion erfolgt.
Versuchen Sie, Ihre Sorgen zum Ausdruck zu bringen und Ihrem Kind klarzumachen, daß in seiner Seele etwas in Unordnung geraten ist, was ihm viele Probleme und Konflikte einträgt. Die Therapie soll helfen, diese Ordnung wieder herzustellen und dem Kind ein fröhlicheres und leichteres Leben zu ermöglichen.
Sagen Sie Ihrem Kind, daß die Therapie ein Abenteuer ist, in dessen Verlauf viel zu erleben und zu entdecken gibt und durch das es eine ganze Menge über sich selbst herausfinden kann. Machen Sie aber auch keinen Hehl daraus, daß die Therapie eine ganze Weile dauern wird und wahrscheinlich auch ein bißchen Geduld erfordern wird. Vor dem Vorgespräch sollten Sie Ihrem Kind vermitteln, daß Sie festen Willens sind, die Situation zu ändern und daß Sie sich von dem Plan, es eine Therapie beginnen zu lassen, nicht so ohne weiteres abbringen lassen. Nicht zuletzt sollten Sie ihm auch mitteilen, daß Sie als Eltern durch begleitende Elterngespräch in die Therapie mit einbezogen sind und daß Sie Ihr Kind nach besten Kräften unterstützen werden. Es kann natürlich auch passieren, daß Ihre Tochter oder Ihr Sohn ganz und gar ablehnend auf die Ankündigung einer Therapie reagiert, was sehr unterschiedliche Gründe haben kann. So bringen z.B. viele psychische Störungen einen sogenannten „sekundären Krankheitsgewinn“. Viele Störungen haben den Vorteil, daß die Erwachsenen sich ihm wegen seines Verhaltens mehr zuwenden. Dabei muß betont werden, daß auch Schimpfen oder Streiten eine Art von Zuwenndung darstellt, die ein Kind möglicherweise ungern missen möchte.
Sollte sich Ihr Kind also gegen eine Therapie wehren, ist es für Eltern ratsam, zu überprüfen, inwieweit es sich bisher durch seine Krankheit eventuell einen solchen Zuwendungs-Gewinn verschafft hat und ihm vorsichtig zu signalisieren, daß Sie diesen - selbstverständlich nicht bewußten Mechanismus - erkennen und bereit sind und willens sind, sich ihm in Zukunft auch ohne diese „Krücke“ mehr und eingehender zuzuwenden.

→

Vereinbarung über Terminabsagen und Bereitstellungshonorar

Sollte ein Termin aus wichtigem Grund von Ihnen nicht einzuhalten sein, muss er **mindestens 24 Stunden vorher** von Ihnen telefonisch unter **0175-5961389 abgesagt** werden. Falls die Praxis nicht erreichbar ist, schreiben Sie bitte an: **praxis@hans-adolf-hildebrandt.de**.
Danach wird Ihnen der Termin der geltenden Rechtsprechung entsprechend pauschal mit 60,00 Euro privat in Rechnung gestellt werden. Dies wird als Bereitstellungshonorar bezeichnet.
Das Recht des Patienten beziehungsweise der Patientin auf eine außerordentliche fristlose Kündigung des Therapievertrages ist davon unberührt. Im Falle einer fristlosen Kündigung des Therapievertrages ist ein solches Ausfallhonorar nicht zu bezahlen.
Ich habe von dieser Regelung Kenntnis genommen und erkläre mich damit einverstanden.

…….:……:……

Datum **Unterschrift(en)**

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung für die Verarbeitung personen-bezogener Patientendaten gemäß Art. 6,7 Abs. 1 lit. a DSGVO

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns wichtig. Nach der EU-Datenschutz-Grundver-ordnung (DSGVO) bin ich verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck meine Pra-xis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet. Der Information können Sie auch entnehmen, wel-che Rechte Sie in puncto Datenschutz haben.

1. Verantwortlichkeit für die Datenverarbeitung

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist:

Praxisname: Praxis für Kinder- und JugendPsychotherapie
Adresse: Schmiedestr. 17, 21698 Harsefeld
Kontaktdaten: 0175-5961389; praxis@hans-adolf-hildebrandt.de

2. Zweck der Datenverarbeitung

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwi-schen Ihnen und Ihrem Therapeuten 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 erhe-ben. Zu diesen Zwecken können mir 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 notwen-digen Informationen nicht bereitgestellt, kann eine sorgfältige Behandlung nicht erfolgen.

2. Zweck der Datenverarbeitung

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwi-schen Ihnen und Ihrem Therapeuten 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 erhe-ben. Zu diesen Zwecken können mir 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 notwen-digen 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, der Medizinische Dienst der Krankenversiche-rung, 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 ergeben-den Fragen. Im Einzelfall erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechtigte Empfänger.

4. Speicherung Ihrer Daten

Ich bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur solange 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 Da-ten, das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbar-keit zu.

Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf Basis von gesetzlichen Regelungen. Nur in Ausnahmefäl-len 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: Der Landesbeauftragte für den Datenschutz Niedersachsen
Anschrift: Prinzenstraße 5, 30159 Hannover

6. Rechtliche Grundlagen

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

Ich stimme hiermit der Speicherung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck eines psy-chotherapeuten Behandlungsvertrages gemäß oben aufgeführter Datenschutzerklärung durch die Praxis zu. Im Falle eines Behandlerwechsels bzw. Praxisabgabe bin ich mit der Weitergabe der erfaßten Daten an den Nachfolger einverstanden.
Ich bin darauf hingewiesen worden, daß ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die >Praxis widerrufen kann. Mir ist bekannt, daß mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligkeit die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verar-beitung nicht berührt (Art 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).
Weitere Informationen zur Verarbeitung von personenbezogenen Daten finden Sie auf meiner Homepage: Datenschutzerklärung der Praxis

.....:.....:.....

Datum **Unterschrift(en)**

Einwilligung zur Weitergabe von Abrechnungsunterlagen an den Steuerberater

Schlafstörungen Suchtmittelkonsum

Einnässen

Zwänge

Selbstverletzung

Ängste

Selbstmordgedanken

Konflikten mit Lehrern / Mitschülern

Schulschwänzen

Familiären Konflikten

Schulangst

Mobbing

Depressionen

andere
Beschwerden _____

Wie sind Sie auf meine Praxis gekommen?

Empfelung durch (bitte Namen nennen)

ambulante, teilstationäre psychotherapeutische Vorbehandlungen (von - bis)

Bringen Sie bitte Kopien von Entlassungsberichten und Ergebnisse von Voruntersuchungen mit.