



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?*

---

---

---

---

---

Haben Sie in der Vergangenheit irgendwelche Medikamente wegen psychischer Beschwerden eingenommen?

*Medikament*                      *Dosierung*                      *Seit wann?*

---

---

---

---

---

Waren Sie wegen Ihrer jetzigen oder wegen früherer psychischer Probleme in stationärer oder ambulanter Behandlung?

*Wo (Name)?*                      *von wann bis wann?*

<hr/>	<input type="checkbox"/> stationär	<input type="checkbox"/> ambulant
<hr/>	<input type="checkbox"/> stationär	<input type="checkbox"/> ambulant
<hr/>	<input type="checkbox"/> stationär	<input type="checkbox"/> ambulant
<hr/>	<input type="checkbox"/> stationär	<input type="checkbox"/> ambulant

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? \_\_\_\_\_

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

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

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: \_\_\_\_\_

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:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> deutlicher Gewichtsverlust o. 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 Bewegungen / 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

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

Leiden Sie unter Problemen im sexuellen Bereich

ja  nein

Wenn ja: welche?: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

Wie viel wogen Sie da? \_\_\_\_ kg      Wie groß sind Sie? \_\_\_\_ cm      Wie viel wiegen Sie aktuell? \_\_\_\_ kg

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? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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 Beipackzettel empfohlen?  ja  nein

Wenn ja, um welche Medikamente handelt es sich? \_\_\_\_\_

Haben Sie auch während des letzten Monats Medikamente genommen, die auf Seite 2 nicht genannt worden?  ja  nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Haben Sie jemals irgendwelche Drogen genommen?  ja  nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_ wann, \_\_\_\_\_ über welchen Zeitraum? \_\_\_\_\_

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
_____			<input type="checkbox"/> stationär <input type="checkbox"/> ambulant

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

Zeigen Sie impulsives Verhalten (wie z.B. rücksichtsloses 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

## Vereinbarungen zu Psychotherapien im *Zentrum für Psychotherapie Krefeld*

Die an unserem „*Zentrum für Psychotherapie*“ der RHAP in Krefeld durchgeführten Psychotherapien finden unter Supervision statt. Supervision ist eine Form der kollegialen Beratung, d.h. unsere Therapeuten treffen sich in kleinen Gruppen mit einem besonders erfahrenen Kollegen und besprechen die Behandlungsverläufe ihrer Patienten. Die Supervision ist ein wichtiger Baustein der Qualitätssicherung von Psychotherapie in unserem Haus. Das Ziel der Supervision ist die Optimierung Ihrer Behandlung.

Für die Supervision können alle psychotherapeutischen Sitzungen auf Video oder Tonband aufgenommen werden. Diese Aufnahmen dienen der Vorbereitung und der Supervision der Therapie. Bei der Supervision unterliegen alle Beteiligten der Schweigepflicht.

Ebenso der Qualitätssicherung dient eine gründliche Diagnostik, die z.T. mittels Fragebögen erfolgt. Die Daten der Fragebögen werden anonymisiert gespeichert und ggf. zu Forschungszwecken verwendet. Rückschlüsse auf Ihre Person sind nicht möglich.

Entsprechend den gesetzlichen Vorgaben werden Ihre Unterlagen, wie in Arztpraxen auch, über zehn Jahre archiviert und nach Ablauf dieser Frist vollständig vernichtet.

Die psychotherapeutischen Sitzungen dauern 50 Minuten und finden in der Regel einmal wöchentlich statt. Die mit Ihnen abgesprochenen Termine werden für Sie verbindlich reserviert. Wartezeiten in überfüllten Wartezimmern kommen bei uns nicht vor. Um dies auch weiterhin aufrechterhalten zu können, verpflichten Sie sich, die fest vereinbarten Behandlungstermine pünktlich wahrzunehmen und im Verhinderungsfalle rechtzeitig, d.h. 48 Werktagstunden vor dem vereinbarten Termin, abzusagen bzw. absagen zu lassen (Brief, Fax, E-Mail; Telefon auch Anrufbeantworter). Bei nicht rechtzeitiger Absage wird Ihnen, da wir den Termin kurzfristig nicht 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.

Ich habe die Vereinbarungen zu Psychotherapien am *Zentrum für Psychotherapie* der RHAP in Krefeld gelesen, erkläre mich mit der Video- oder Tonaufzeichnung zum Zwecke der Supervision und der Ausfallhonorarregelung einverstanden und bitte um die Aufnahme auf die Warteliste des *Zentrum für Psychotherapie*.

Außerdem habe ich die Patienteninformation zum Datenschutz, die diesen Vereinbarungen angehängt ist, zur Kenntnis genommen.

Name (Bitte in DRUCKBUCHSTABEN) \_\_\_\_\_

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:

Rhein. Akademie für Psychotherapie und Verhaltensmedizin (RHAP) gGmbH  
**Zentrum für Psychotherapie Krefeld**  
Psychotherapeutische Ambulanz  
Ostwall 41  
47798 Krefeld

# Patienteninformation zum Datenschutz

Mit den folgenden Hinweisen möchten wir Sie allgemein über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch uns informieren. Zusätzlich erhalten Sie einen Überblick über Ihre Rechte aus den Datenschutzgesetzen.

## 1. Verantwortliche Stelle

Zentrum für Psychotherapie Krefeld (Kontaktdata siehe unten)

## 2. Zweck der Verarbeitung und Rechtsgrundlagen

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, Therapieempfehlungen 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 oder waren, Daten zur Verfügung stellen (z.B. in Arztbriefen).

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.

Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann eine sorgfältige Behandlung nicht erfolgen.

Wenn Ihre Behandlung durch eine/n unserer Psychotherapeut\*innen zum Zweck der Ausbildung erfolgt, ist es möglich, dass aus Ihren personenbezogenen Daten Fallbeschreibungen erstellt werden. Hierzu werden Ihre Daten pseudonymisiert.

Zudem haben Sie die Möglichkeit, zur Optimierung der Behandlung und für die gesetzlich erforderliche Supervision an Videoaufzeichnungen teil zu nehmen. Hierfür erbitten wir als Rechtsgrundlage Ihre Einwilligung. Die Einwilligung ist freiwillig und Sie können sie jederzeit widerrufen; ein Nachteil entsteht Ihnen dadurch nicht.

Die personenbezogenen Daten können in anonymisierter Form auch zur Wahrung der Qualitätsstandards und zu wissenschaftlichen Forschungszwecken und Studien verarbeitet werden. Rechtsgrundlage hierfür ist Artikel 9 Abs. 2 lit. i) DSGVO in Verbindung mit Paragraph 22 Abs. 1 Nr. 1 lit. c) Bundesdatenschutzgesetz.

## 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, der Medizinische Dienst der Krankenkassen, 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 berechnigte Empfänger, beispielsweise an Supervisoren oder Gutachter.

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

#### **4. Speicherung Ihrer Daten**

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten 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, zum Beispiel 30 Jahre falls dauerhafte Dokumentation sinnvoll erscheint.

Videoaufzeichnungen werden unverzüglich nach Abschluss der Ausbildung unter Supervision gelöscht.

#### **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.

#### **6. Unsere Kontaktdaten:**

Zentrum für Psychotherapie Krefeld

Ostwall 41; 47798 Krefeld

Telefon: 02151 – 821183-0

Fax: 02151 – 821183-19

#### **7. Unsere betrieblichen Datenschutzbeauftragten erreichen Sie**

per Post unter vorstehender Anschrift, „zu Händen des Datenschutzbeauftragten“