



PSYCHOTHERAPIE GELDER

Verhaltenstherapie (Einzel- und Gruppentherapie), tiergestützte und integrative Interventionen für Kinder, Jugendliche & junge Erwachsene

Praxis für Psychotherapie Gelder
An der Leiten 20
82290 Landsberied

Tel.: 0151/20177640 Fax: 08141/8908822
info@myriam-gelder.de

Liebe Eltern, liebe Patienten,

zur Vorbereitung des Erstgesprächs benötige ich einige Informationen von Ihnen. Diese unterliegen natürlich der Schweigepflicht und werden vertraulich behandelt.

Bitte beachten Sie, dass die Einverständniserklärung der Sorgeberechtigten und die Informationen zum Datenschutz von allen Sorgeberechtigten unterschrieben werden müssen. Bereits volljährige Patienten müssen die Einverständniserklärung selbst unterschreiben.

Bitte senden Sie mir die Unterlagen vor dem Erstgespräch per Post oder Fax zu. Sollten Sie noch kein Erstgespräch vereinbart haben, melde ich mich nach Erhalt der Formulare bei Ihnen zur Terminvereinbarung.

Bitte bringen Sie zum Erstgespräch folgende Unterlagen mit:

- Formulare/Informationen ihrer Krankenkasse zur Aufnahme einer Psychotherapie (falls vorhanden)
- Das gelbe Vorsorge-Untersuchungsheft
- Kopien aller Schulzeugnisse
- Vorbefunde und Therapieberichte/Arztbriefe soweit vorhanden

Herzliche Grüße

Myriam Gelder
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin

Anlage

- Aufnahmebogen (Seite 2-5)
- Einverständniserklärung der Sorgeberechtigten (Seite 6)
- Datenschutzerklärung (Seite 7-8)



PSYCHOTHERAPIE GELDER

Verhaltenstherapie (Einzel- und Gruppentherapie), tiergestützte und integrative Interventionen für Kinder, Jugendliche & junge Erwachsene

Praxis für Psychotherapie Gelder
An der Leiten 20
82290 Landsberied

Tel.: 0151/20177640 Fax: 08141/8908822
info@myriam-gelder.de

Aufnahmebogen (bitte leserlich ausfüllen)

Angaben zum Patienten

Name, Vorname des Kindes

Geburtsdatum

Geburtsort

Geschlecht: weiblich männlich _____

Adresse

Eigene Telefonnummer (falls vorhanden)

Eigene E-Mail-Adresse (falls vorhanden)

Aktuell besucht unser Kind folgende Einrichtung:

Kinderkrippe Kindergarten Schule Ausbildung

Name der Einrichtung / Art der Ausbildung

Klasse/Lehrjahr

Angaben zur Versicherung bzw. Rechnungsstellung

Private Krankenkasse Selbstzahler Kostenerstattungsverfahren

Name der Versicherung

Telefonnummer Versicherung

Anschrift Geschäftsstelle

Rechnungsempfänger / bei gesetzlich Versicherten Stammversicherter

bei gesetzlich Versicherten Versicherungsnummer des Patienten



PSYCHOTHERAPIE GELDER

Verhaltenstherapie (Einzel- und Gruppentherapie), tiergestützte und integrative Interventionen für Kinder, Jugendliche & junge Erwachsene

Praxis für Psychotherapie Gelder
An der Leiten 20
82290 Landsberied

Tel.: 0151/20177640 Fax: 08141/8908822
info@myriam-gelder.de

Weitere für die Behandlung relevante Bezugspersonen falls vorhanden (z.B. Pflegeeltern, Großmutter oder neuer Lebenspartner), sonst bitte streichen

Name

Geburtsdatum

Geburtsort

Beziehung zum Kind

Beruf

Anschrift

Telefonnummer

E-Mail-Adresse

Name

Geburtsdatum

Geburtsort

Beziehung zum Kind

Beruf

Anschrift

Telefonnummer

E-Mail-Adresse

Name

Geburtsdatum

Geburtsort

Beziehung zum Kind

Beruf

Anschrift

Telefonnummer

E-Mail-Adresse



PSYCHOTHERAPIE GELDER

Verhaltenstherapie (Einzel- und Gruppentherapie), tiergestützte und integrative Interventionen für Kinder, Jugendliche & junge Erwachsene

Praxis für Psychotherapie Gelder
An der Leiten 20
82290 Landsberied

Tel.: 0151/20177640 Fax: 08141/8908822
info@myriam-gelder.de

Aktueller Vorstellungsgrund

(Bitte schildern Sie kurz den Grund für die Anmeldung in der psychotherapeutischen Praxis.)

Haus- oder Kinderarzt: _____
Name

Telefonnummer

Anschrift

(Ist das Kind bereits in einer Facharztpraxis für Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie vorgestellt worden?)

Kinder- und Jugendpsychiater: _____
Name

Telefonnummer

Anschrift

Erhält Ihr Kind momentan regelmäßig Medikamente? _____

Gab es Vorbehandlungen? (Klinikaufenthalte, ambulante Therapien, Beratungen, Frühförderung, etc.)

Sind weitere Stellen involviert? (z.B. Schulpsychologe, Jugendamt, Ergotherapie)



Einverständniserklärung der Sorgeberechtigten

Ich/Wir bestätige/n hiermit, dass ich/wir als Sorgeberechtigte/r damit einverstanden bin/sind,
dass unser Kind _____ (Name des Kindes),
geboren am _____ (Geburtsdatum)
bei Myriam Gelder zur Diagnostik und Therapie vorgestellt wird.

Falls eine Pflegschaft oder Vormundschaft vorliegt, legen Sie bitte die Bestallungsurkunde bei.

Mit meinen/unseren Unterschriften erkläre/n ich/wir, für den Patienten/die Patientin
personensorgeberechtigt zu sein. Änderungen die Sorgeberechtigung betreffen teile/n ich/wir
Myriam Gelder umgehend mit.

Ort, Datum

Name

Unterschrift

Ort, Datum

Name

Unterschrift



Datenschutzerklärung

Stand Mai 2018

In meiner Psychotherapeutischen Praxis hat die Schweigepflicht und der Datenschutz eine extrem hohe Wichtigkeit. Für Ihre Behandlung benötige ich einige persönliche Daten. Mit diesen sog. personenbezogenen Daten gehe ich besonders verantwortungsvoll um.

Nach der EU-Datenschutz Grundverordnung¹ bin ich verpflichtet, Sie über den Zweck der Datenerhebung, die Speicherung und die Weiterleitung Ihrer Daten zu informieren.

1. Zweck der Datenerhebung und -Verarbeitung

Zur Planung, Beantragung, Durchführung, Abrechnung und Dokumentation der psychotherapeutischen Diagnostik und Behandlung werden Informationen über die Patientin / den Patienten und ihre / seine Problemstellung erhoben und ausgewertet. Hierzu verarbeiten ich Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen (einschl. Informationen über die Familie und das soziale Umfeld des Patienten), Diagnosen, Therapieansätze und Befunde, die wir oder andere Behandler erheben. Zu diesen Zwecken können mir auch andere Ärzte oder Psychotherapeuten bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen (z. B. Arztbrief). Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann eine sorgfältige Behandlung nicht erfolgen. Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen / Ihrem Kind und Ihrer Psychotherapeutin und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen. In manchen Fällen ist zur Optimierung der Behandlung eine Kommunikation via SMS notwendig. Eine vollständige Datensicherheit ist bei derartiger Kommunikation nicht gewährleistet. Gleiches gilt auch für die Kommunikation per E-Mail.

2. Empfänger der Daten

Psychotherapeuten unterliegen der Schweigepflicht. Ich übermittle Ihre Gesundheitsdaten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist und/oder Sie ausdrücklich in die Weitergabe eingewilligt haben (Schweigepflichtsentbindung).

Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen oder der Medizinische Dienst der Krankenversicherung sein. Die Weitergabe der Daten erfolgt mit gesetzlicher Erlaubnis überwiegend zum Zwecke der Abrechnung der bei Ihnen erbrachten Leistungen, zur Klärung von medizinischen und sich aus Ihrem Versicherungsverhältnis ergebenden Fragen.

¹ Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit § 22 Abs.1 Nr.1 lit. b) BDSG



PSYCHOTHERAPIE GELDER

Verhaltenstherapie (Einzel- und Gruppentherapie), tiergestützte und integrative Interventionen für Kinder, Jugendliche & junge Erwachsene

Praxis für Psychotherapie Gelder
An der Leiten 20
82290 Landsberied

Tel.: 0151/20177640 Fax: 08141/8908822
info@myriam-gelder.de

Sollte eine Weitergabe Ihrer Daten an Ärzte oder Psychotherapeuten oder privatärztliche Verrechnungsstellen notwendig sein, ist für die Weitergabe Ihre Schweigepflichtsentbindung nötig.

3. Speicherung der Daten

Alle personenbezogenen Daten und Behandlungsunterlagen werden, entsprechend der gesetzlichen Vorgaben, mindestens 10 Jahre nach Ihrem letzten Behandlungstermin in der Praxis aufbewahrt. Ihre Daten werden durch geeignete technische und organisatorische Systeme geschützt.

4. Ihre Rechte

Grundsätzlich können Sie Schweigepflichtsentbindungen jederzeit widerrufen. Sie haben das Recht, über Ihre gespeicherten personenbezogenen Daten jederzeit Auskunft zu erhalten. Bemerkungen Sie Unstimmigkeiten, können Sie umgehend die Berichtigung oder Löschung fehlerhafter Daten verlangen.

Zuständig für die Überwachung der Einhaltung der Datenschutzverordnung und Ihr Ansprechpartner bei Beschwerden ist die Datenschutzbehörde Ihres Bundeslandes. Die Anschrift der zuständigen Aufsichtsbehörde lautet: Bayerisches Landesamt für Datenschutzaufsicht, Promenade 27, 91522 Ansbach, Tel: 0981/53-1300).

Kenntnisnahme der Informationen zum Datenschutz

Bitte beachten Sie, dass die Patienteninformation zum Datenschutz bei minderjährigen Patienten von allen Sorgeberechtigten unterschrieben werden muss.

Ich habe die obigen Informationen zum Datenschutz zur Kenntnis genommen.

Ich bin mit der Nutzung folgender Kommunikationswege einverstanden: E-Mail

SMS

Ort, Datum

Name

Unterschrift

Ort, Datum

Name

Unterschrift