



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
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 unterschrieben vor dem Erstgespräch per Post oder Fax zu. Bitte beachten Sie beim Versand per E-Mail, dass keine Datensicherheit gegeben ist. Der Versand per Mail erfolgt auf eigene Gefahr!

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 2-6)
- Einverständniserklärung der Sorgeberechtigten (Seite 7)
- Datenschutzerklärung (Seite 8-9)



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
info@myriam-gelder.de

Aufnahmebogen

Angaben zum Patienten

Name, Vorname des Kindes

Geburtsdatum

Geburtsort

Geschlecht: weiblich männlich andere

Adresse

Eigene Telefonnummer (falls vorhanden)
oder Festnetznummer

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 Versicherung

Beihilfe und PKV

Selbstzahler

Kostenerstattungsverfahren

Name der Versicherung

Versicherungsnummer (GKV)

Anschrift Geschäftsstelle

Rechnungsempfänger



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
info@myriam-gelder.de

Angaben zu den Eltern

Name Mutter

Geburtsdatum

Geburtsort

Wählen Sie ein Element aus.

Familienstand

Beruf

ggf. abweichende Anschrift

Telefonnummer

E-Mail-Adresse

Name Vater

Geburtsdatum

Geburtsort

Wählen Sie ein Element aus.

Familienstand

Beruf

ggf. abweichende Anschrift

Telefonnummer

E-Mail-Adresse

Bei wem lebt das Kind:

Eltern

Mutter

Vater

andere

Sorgerecht:

beide Eltern

Mutter

Vater

andere

Bei getrennt lebenden Eltern:

getrennt lebend seit

Wie oft sieht das Kind den anderen Elternteil

Sprachen, die in der Familie gesprochen werden:



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
info@myriam-gelder.de

Angaben zu Geschwisterkindern:

Name	Geburtsdatum und Alter	Lebt bei ...

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



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
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



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
info@myriam-gelder.de

Erhält Ihr Kind momentan regelmäßig Medikamente?

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

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



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
info@myriam-gelder.de

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, Therapievorschläge 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

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
info@myriam-gelder.de

Leistungen, zur Klärung von medizinischen und sich aus Ihrem Versicherungsverhältnis ergebenden Fragen. 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. Bemerken 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