

Aufnahmebogen für Patientinnen und Patienten

Persönliche Angaben	
Name	
Vorname	
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers
Geburtsdatum	
Telefonnummer Patient*in	
Schule / Ausbildung (Name und ggfs. Klasse / Lehrjahr)	
Anzahl und Alter der Geschwister	
Krankenkasse / Versicherung	<input type="checkbox"/> gesetzlich <input type="checkbox"/> privat
Haus- / Kinderärztin*arzt	
Hauptversicherte*r	Name: Geburtsdatum:
Sorgerecht	<input type="checkbox"/> gemeinsames Sorgerecht <input type="checkbox"/> alleiniges Sorgerecht <input type="checkbox"/> Sonstige:

Angaben der Eltern	
Name / Vorname der Eltern	1:
	2:
Geburtsdatum der Eltern	1:
	2:
Beruf der Eltern	1:
	2:
Straße und Hausnummer	1:
	2:
PLZ und Ort	1:
	2:

Kontakt	
Festnetz	1:
	2:
Mobil	1:
	2:
E-Mail	Patient*in:
	1:
	2:

Vorstellungsgrund/aktuelle Beschwerden:

Gibt oder gab es Besonderheiten in der Entwicklung (ab Schwangerschaft bis jetzt)?

Gab es im Leben des Kindes/Jugendlichen/jungen Erwachsenen besondere / belastende Lebensereignisse (z.B. Umzug, Trennung der Eltern, Schulwechsel, Todesfälle, Mobbing Erfahrungen)?

Hat oder hatte Ihr Kind / Jugendlicher Suizidgedanken?

Nein Ja

Hat ihr Kind / Jugendlicher jemals einen Suizidversuch unternommen?

Nein Ja

Gibt oder gab es selbstverletzendes Verhalten?

Nein Ja

Falls ja, bitte beschreiben Sie dieses Verhalten kurz:

Falls ja, wie regelmäßig kommt / kam es vor?

Trinkt ihr Kind / Jugendlicher regelmäßig Alkohol?

Nein Ja

Falls ja, welcher Alkohol und wie viel?

Raucht ihr Kind / Jugendlicher?

Nein Ja

Falls ja, wie viel durchschnittlich?

Konsumiert ihr Kind / Jugendlicher Drogen?

Nein Ja

Falls ja, was wird konsumiert und wie viel?

Welche Medien konsumiert ihr Kind / Jugendlicher?

Nein Ja

In welchem Umfang?

Ist ihr Kind / Jugendlicher bereits in psychotherapeutischer
Behandlung gewesen?

Nein Ja

Falls ja, wo und wie lange?

War ihr Kind / Jugendlicher in der Vergangenheit in (teil-)stationärer
psychiatrischer Behandlung?

Nein Ja

Falls ja, wo und wie lange?

Befindet sich ihr Kind / Jugendlicher in psychiatrischer Behandlung?

Nein Ja

Falls ja, bei wem?

Nimmt ihr Kind / Jugendlicher regelmäßig Medikamente ein?

Nein Ja

Falls ja, welche und wie oft?

Weitere Informationen (z.B. Dissoziationsneigung, Vorerkrankungen) die für die
Therapeutin relevant sind?

Datenschutz in meiner Praxis (Stand: März 2025)

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

in meiner Psychotherapeutischen Praxis haben 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

Zu Beginn und im Verlauf einer psychotherapeutischen Behandlung erhebe ich verschiedene Daten über Ihre Person und Ihre Gesundheit bzw. die Ihres Kindes. Dies ist notwendig, um eine dem Standard entsprechende psychotherapeutische Behandlung durchzuführen und um den mit Ihnen geschlossenen Behandlungsvertrag ordnungsgemäß zu erfüllen. Die Erhebung personenbezogener Daten dient nur dem Zweck der Verbesserung Ihres Gesundheitszustandes bzw. des Gesundheitszustandes Ihres Kindes und geschieht in keinem Fall grundlos. Dabei werden selbstverständlich nur diejenigen Daten erhoben, die für die psychotherapeutische Behandlung notwendig sind (Stichwort Datenminimierung). Datenschutzrechtliche Vorgaben sowie die Rechte und Pflichten, die sich aus dem Therapievertrag ergeben, werden beachtet. Zu den zu erhebenden Daten zählen Anamnesen, Diagnosen, Befunde, Therapievorschlüsse und Protokolle, die ich selbst erarbeite oder mir andere Psychotherapeuten / Ärzte zur Verfügung stellen (Konsiliarbericht, Arztbriefe etc.).

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. 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.

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

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. Eine Auflistung der Landesdatenschutzbeauftragten finden Sie unter goo.gl/emrpSA.

5. Erklärung zur elektronischen Kommunikation

Es besteht die Möglichkeit, mit mir digital zu kommunizieren. Diese Kommunikationswege werden im Wesentlichen für Terminabsprachen und andere organisatorische Abstimmungen genutzt.

Bitte beachten Sie Folgendes:

E-Mail: Ich verwende keine vom Transportvorgang unabhängige Verschlüsselungstechnologie, der Inhalt der E-Mail könnte möglicherweise von Dritten gelesen werden. Wenn Sie mit einer solchen Kommunikation einverstanden sind, kreuzen Sie bitte das entsprechende Feld an. Sie können ihr Einverständnis jederzeit widerrufen.

Ich bin mit der Nutzung folgender Kommunikationswege einverstanden:

- SMS: _____
- E-Mail: _____

Ort, Datum

Unterschrift Sorgeberechtigte/r

Unterschrift Sorgeberechtigte/r