



Sehr geehrte Eltern, liebe Jugendliche,

anbei erhalten Sie den Anmeldebogen für ein Erstgespräch. Es dient dazu, einen ersten Überblick über den Vorstellungsgrund zu erhalten. Alle Angaben unterliegen der Schweigepflicht.

Wichtig ist, dass **beide** sorgeberechtigte Eltern die Unterlagen unterschreiben müssen. Bei alleine sorgeberechtigten Personen bitte eine Bestätigung (Auskunft Sorgeregister Jugendamt) mitschicken.

Bitte senden Sie mir den ausgefüllten Anmeldebogen sowie die Sorgerechtserklärung, die Datenschutzerklärung, das Infoblatt zum Ausfallhonorar und die Einverständniserklärung zur E-Mail-Korrespondenz postalisch an die Praxisadresse: **Praxis für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie Streitwieser, Laufenerstraße 21, 83416 Saaldorf-Surheim.**

Nach Erhalt der Unterlagen melde ich mich bei Ihnen zur Vereinbarung eines Termins zum Erstgespräch.

Im Erstgespräch soll geklärt werden, ob die Indikation für eine ambulante Psychotherapie vorliegt und dient gleichzeitig als Kennenlerngespräch, um zu schauen, ob ich die passende Unterstützung bin und ob Sie und Ihr Kind/Jugendlicher sich vorstellen können, eine Therapie bei mir zu beginnen. Nach dem Erstgespräch werden Sie auf eine Warteliste aufgenommen und ich melde mich dann, wenn ein Therapieplatz freigeworden ist.

WICHTIG: Für einen Therapieplatz am Nachmittag (Donnerstag, Freitag) aktuell ca. 9-12 Monate Wartezeit, für einen Therapieplatz am Vormittag (Montag, Dienstag, Mittwoch) ca. 3-6 Monate Wartezeit.

Bitte bringen Sie zum Erstgespräch folgendes mit:

- Versichertenkarte des Kindes/Jugendlichen
- Das gelbe Vorsorge-Untersuchungsheft
- Alle Schulzeugnisse
- Vorbefunde und Arztbriefe (falls vorhanden)

In akuten Krisensituationen wenden Sie sich bitte an die Heckscher Klinik in München unter 089 99990 (24h erreichbar) oder an den Krisendienst Oberbayern 0800 / 655 3000 (24h erreichbar).

Mit herzlichen Grüßen,

Kathrin Streitwieser

MSc. Psychologie

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin (Verhaltenstherapie)



Anmeldeformular

PatientIn

Vorname und Name: _____

Geschlecht: ☐ m ☐ w ☐ d

Geburtsdatum: _____

Straße, Hausnummer: _____

Postleitzahl, Wohnort: _____

Versicherungsstatus:

☐ Gesetzliche Krankenversicherung ☐ Private Krankenversicherung ☐ Beihilfe
☐ Selbstzahler

Name der Versicherung: _____

Versicherungsnummer des Kindes/Jugendlichen:

Versicherungsnummer des Hauptversicherten:

AnsprechpartnerIn

Mutter

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Familienstand: _____

Beruf: _____

Ggf. abweichende Adresse: _____

Telefon-/Handy: _____

E-Mail-Adresse: _____



Vater

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Familienstand: _____

Beruf: _____

Ggf. abweichende Adresse: _____

Telefon-/Handy: _____

E-Mail-Adresse: _____

Geschwister (Name, Alter, Schule, Besonderheiten):

Mein Kind besucht aktuell:

☐ Kindergarten ☐ Schule ☐ Ausbildungsstätte ☐ Sonstiges

Name, Ort, Klasse/Gruppe: _____

Bitte schildern Sie den genauen **Vorstellungsanlass** und Ihre Sorgen: Wo treten die Probleme auf, wen beeinträchtigen sie und seit wann bestehen sie?



Besonderheiten in der **Entwicklungsgeschichte** (Krankheiten, auffällige Entwicklung, kritische Lebensereignisse usw.):

Vorbehandlungen (ambulante oder stationäre Psychotherapie, Frühförderung, Medikation,...):

Bitte Ankreuzen, falls zutreffend (in der Praxis gibt es einen Therapiehund):

☐ Hundehaarallergie ☐ Angst vor Hunden

Freie Zeiten für Psychotherapie:

☐ Montag, ab _____ Uhr

☐ Dienstag, ab _____ Uhr

☐ Mittwoch, ab _____ Uhr

☐ Donnerstag, ab _____ Uhr

☐ Freitag, ab _____ Uhr

(Praxiszeiten Montag, Dienstag und Mittwoch von 9-13 Uhr, Donnerstag und Freitag von 13-19 Uhr)

Ort, Datum: _____

Unterschriften **aller** Sorgeberechtigten oder PatientInnen ab 16 Jahre



I. Datenschutzerklärung

Der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns wichtig. Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet. Der Information können Sie auch entnehmen, welche Rechte Sie in puncto Datenschutz haben.

1. Verantwortlichkeit für die Datenverarbeitung

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist Frau Kathrin Streitwieser, Laufenerstraße 21, 83416 Saaldorf-Surheim, info@kjp-streitwieser.de

2. Zweck der Datenverarbeitung

Zur Planung, Beantragung, Durchführung, Abrechnung und Dokumentation der psychotherapeutischen Diagnostik und Behandlung werden Informationen über die Patient*innen und deren Problemstellung erhoben und ausgewertet. Zu diesem Zweck verarbeiten wir personenbezogene Daten, insbesondere Kontakt- und Gesundheitsdaten. Dazu zählen bspw. Anamnesen, Diagnosen, Therapieempfehlungen und Befunde, die wir oder andere Behandler*innen erheben. Darunter fallen auch persönliche Informationen über die Familie und das soziale Umfeld der Patient*innen. Die Diagnostik erfolgt zu Teilen über das Hogrefe-Testsystem, einer browserbasierten Web-Anwendung. Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für eine Behandlung. Werden diese 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 Psychotherapeut*in und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen.

Im Rahmen der Diagnostik und Behandlung können zur Optimierung der Diagnostik / der Behandlung auch Gesprächsaufzeichnungen in Wort und Bild erstellt und verarbeitet werden. Es wird dafür Sorge getragen, dass die Schutzbelange der Patienten*innen und deren Familie voll gewürdigt bleiben. Einblick erhalten nur Personen, die mit der Behandlung beruflich befasst sind und der Schweigepflicht unterliegen (bspw. Inter-/Supervisor*in und weitere Mitarbeiter*innen der Praxis).

In manchen Fällen ist zur Optimierung der Behandlung eine Kommunikation via E-Mail notwendig. Eine vollständige Datensicherheit ist bei derartiger Kommunikation nicht gewährleistet.

3. Empfänger Ihrer Daten

Wir übermitteln die personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben. Empfänger der personenbezogenen Daten können vor allem andere Psychotherapeut*innen, Ärzt*innen, Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, berufsspezifische Kammern und privatärztliche Verrechnungsstellen sein. Die Übermittlung erfolgt überwiegend zum Zwecke der Abrechnung der erbrachten Leistungen, zur Klärung von medizinischen und sich aus dem Versicherungsverhältnis ergebenden Fragen. Im Einzelfall erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechnete Empfänger*innen.

4. Speicherung Ihrer Daten

Wir bewahren die 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.

5. Ihre Rechte

Sie haben das Recht, über die Sie / Ihr Kind 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 der 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. Die Anschrift der für uns zuständigen Aufsichtsbehörde lautet: Landespsychotherapeutenkammer Bayern (PTK Bayern) – Körperschaft des öffentlichen Rechts, Birketweg 30, 80639 München.

6. Rechtliche Grundlagen

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung der Gesundheitsdaten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit Paragraph 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz, sonstiger Daten Art. 6 Abs. 1 lit. a DSGVO.

Erklärung

Die vorstehende Datenschutzerklärung wurde erläutert. Ich erkläre, dass ich in Bezug auf die Dokumentation und Verarbeitung der persönlichen Daten und des Therapieverlaufs in der Patientenakte, in der Rechneanlage, auf Ton- und Bilddatenträgern sowie im Rahmen der Diagnostik über das Hogrefe-Testsystem aufgeklärt wurde.

Datum

Unterschriften aller Sorgeberechtigten oder Person ab 16 Jahren



II. Sorgerechtserklärung

1. Klärung der Sorgeberechtigung

Name, Vorname des Kindes/Patient*in

Geburtsdatum des Kindes/Patient*in

Name, Vorname des/der Sorgeberechtigten

Geburtsdatum des/der Sorgeberechtigten

Name, Vorname des/der 2. Sorgeberechtigten

Geburtsdatum des/der 2. Sorgeberechtigten

Es besteht das

☐ alleinige Sorgerecht

☐ gemeinsame Sorgerecht

Ich/Wir bestätige/n hiermit, dass ich/wir als Sorgeberechtigte/r damit einverstanden bin/sind, dass das o.g. Kind bei der Psychotherapeutische Praxis für Kinder und Jugendliche Streitwieser zur Diagnostik und Therapie vorgestellt wird. Eine Pflegschaft oder Vormundschaft besteht nicht und ist auch nicht beantragt. Mit meinen/unseren Unterschriften erkläre/n ich/wir, für den/die Patient*in personensorgeberechtigt zu sein und auch im Namen eines/einer etwaig weiteren Sorgeberechtigten rechtsgültig unterzeichnen zu dürfen. Änderungen die Sorgeberechtigung betreffend teile/n ich/wir der Psychotherapeutische Praxis für Kinder und Jugendliche Streitwieser umgehend mit.

Datum

Unterschrift des/der 1. Sorgeberechtigten

Unterschrift des/der 2. Sorgeberechtigten

HINWEIS: Ohne Ihre Unterschrift ist eine Untersuchung Ihres Kindes in der Psychotherapeutische Praxis für Kinder und Jugendliche Streitwieser aus rechtlichen Gründen nicht möglich! Falls eine Pflegschaft oder Vormundschaft vorliegt, legen Sie bitte die Bestallungsurkunde bei und geben Sie den Namen des gesetzlichen Inhabers des Sorgerechts an:

Vorname, Name des/der gesetzlichen Vertreters

VOLLMACHT des/der Sorgeberechtigten (beim gemeinsamen Sorgerecht):

Hiermit bevollmächtige ich Herrn/Frau _____ alle Erklärungen in meinem Namen abzugeben, die für die Durchführung einer Psychotherapie des o.g. Kindes in der Psychotherapeutischen Praxis für Kinder und Jugendliche Streitwieser notwendig sind. Dies gilt insbesondere für Erklärungen gegenüber dem behandelnden Psychotherapeuten, der Krankenkasse und den mitbehandelnden Arzt*innen.

Ort, Datum Unterschrift des/der Sorgeberechtigten

(Wenn beispielsweise der Vater die Mutter bevollmächtigt, Erklärungen auch in seinem Namen abzugeben (also Dokumente zu unterschreiben), dann erleichtert dies das organisatorische Prozedere in der Praxis.)

2. Alternativ zu Punkt 1 bei Patient*innen, die das 16. Lebensjahr vollendet haben u. gesetzlich krankenversichert sind

Ich erkläre hiermit, dass ich mich bei der Psychotherapeutische Praxis für Kinder und Jugendliche Streitwieser zur Diagnostik und Therapie vorstellen möchte.

Mit der Information an meine Sorgeberechtigten über die Beantragung und Aufnahme einer Therapie bin ich

☐ einverstanden

☐ nicht einverstanden

Eine Pflegschaft oder Vormundschaft besteht nicht und ist auch nicht beantragt.

Datum

Unterschrift des/der Patient*in



III. Einverständniserklärung zur E-Mail-Korrespondenz

Ich bin mit der Korrespondenz bzw. der Zusendung von Daten per E-Mail an die nachstehend genannte E-Mail-Adresse einverstanden. Mir ist bekannt, dass die mir so zugesandten E-Mails personenbezogene Daten enthalten können. Die Risiken, die mit dem Versand solcher E-Mails verbunden sind – insbesondere die unbefugte Kenntnisnahme und Verwertung durch Dritte – sind mir bewusst.

E-Mail-Adresse

Datum

Unterschriften aller Sorgeberechtigten oder Person ab 16 Jahren



Vereinbarung zum Ausfall von Terminen

Die Praxis arbeitet nach dem Bestellsystem, d.h., der Psychotherapeut/die Psychotherapeutin reserviert im Therapiezeitraum die erforderlichen Therapiestunden. Diese finden zu fest vereinbarten Zeiten statt. Sollte der Patient/die Patientin zu einem vereinbarten Termin verhindert sein, soll er/sie dies dem Psychotherapeuten/der Psychotherapeutin so früh wie möglich mitteilen, damit der Termin neu besetzt werden kann. Erfolgt die Terminabsage nicht rechtzeitig (24 Stunden vor dem Termin), wird dem/der Patienten/in 50 % von dem/der Psychotherapeuten/in zustehen den Honorar in Rechnung gestellt. Dieses Ausfallhonorar hat der/die Patient/in unabhängig von der Art der Versicherung selbst zu zahlen. Eine Kostenerstattung durch die private oder gesetzliche Krankenkasse oder Beihilfe findet in diesem Fall nicht statt.

Ort/Datum

Unterschrift des/der 1. Sorgeberechtigten Unterschrift des/der 2. Sorgeberechtigten