

ANMELDEBOGEN

Name: Vorname:

Adresse: Geburtsdatum:

Geburtsort: Familienstand: Zahl der Kinder:

Tel. priv.: Tel. tagsüber: E-Mail:

Erlerner Beruf: Derzeitige Tätigkeit:

Name, Adresse, Tel. des behandelnden Arztes:

Name, Adresse der Krankenkasse/ -versicherung:

Versicherungs Nr.: Versichertenart: Mitglied Mitversichert Rentner

Die Anmeldung kann jederzeit formlos, z.B. telefonisch, widerrufen werden. Vereinbarte Behandlungstermine können bis **2 Arbeitstage vorher geändert oder abgesagt** werden. Behandlungstermine, die nicht oder nicht rechtzeitig abgesagt werden, werden gemäß § 615 BGB **privat in Rechnung gestellt**.

Ich habe das Praxisinformationsblatt und die Information zum Datenschutz gelesen, die darin erwähnten Bedingungen zur Kenntnis genommen und erkläre mich damit einverstanden.

Datum:

Unterschrift:

PATIENTENINFORMATION ZUM DATENSCHUTZ

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, 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:

Angaben zum Verantwortlichen und zum Verantwortlichen für die Datenverarbeitung: Name: Praxis für Psychotherapie Stanislaw Rozin; Anschrift: Pescher Str. 156, 41065 Mönchengladbach; Tel.: 01511-29-69-88; E-Mail: mg@praxis-rozin.de; Seite: <http://praxis-rozin.de>

2. ZWECK DER DATENVERARBEITUNG: Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem Arzt und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen. Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapieempfehlungen und Befunde, die wir oder andere Ärzte erheben. Zu diesen Zwecken können uns auch andere Ärzte oder Psychotherapeuten, bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen (z.B. in Arztbriefen). Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann eine sorgfältige Behandlung nicht erfolgen.

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 Krankenversicherung, 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 berechtigte Empfänger.

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 bei Röntgenaufzeichnungen laut Paragraph 28 Absatz 3 der Röntgenverordnung.

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.

Die Anschrift der für uns zuständigen Aufsichtsbehörde lautet: Name: Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit NRW; Anschrift: Kavalleriestr. 2-4 40213 Düsseldorf; Tel.: 0211/38424-0

6. RECHTLICHE GRUNDLAGEN: 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. Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich gern an uns wenden.

Ihr Praxisteam

INFORMATIONSBogen

RAHMENBEDINGUNG Üblicherweise behandle ich in Einzelsitzungen à 50 Minuten einmal wöchentlich. Ich möchte Sie bitten, diese Termine genau einzuhalten, da die Sitzung, auch wenn Sie sich verspätet haben sollten, pünktlich beendet werden muss. Sollten Sie einen Termin einmal nicht einhalten können, so setzen Sie mich bitte zwei Arbeitstage vorher davon in Kenntnis, damit ich den Termin anderweitig vergeben kann. Bei Nichteinhaltung der Absagefrist wird der Termin in Rechnung gestellt.

BEHANDLUNGSDAUER Die Gesamtdauer der Behandlung richtet sich nach Art und Schwere der zu behandelnden Störung und kann nur ungefähr vorausgesagt werden. Meinen Erfahrungen nach erstreckt sich eine Behandlung durchschnittlich über 45 Sitzungen.

ANMELDUNG Wenn Sie sich während der probatorischen Sitzungen zur Therapie entschlossen haben, stellen Sie einen Antrag bei Ihrer Krankenkasse/Krankenversicherung. Hierzu muss ich im Regelfall einen Bericht mit ausführlicher Beschreibung Ihrer Symptomatik und Krankengeschichte für den Gutachter Ihrer Kasse/ Versicherung anfertigen.

THERAPIEBEGINN Sobald Ihre Kasse/ Versicherung die Behandlung bewilligt hat, rufen Sie bitte Ihre Therapeutin oder Ihren Therapeuten zur weiteren Terminplanung an. Wenn Sie zeitlich flexibel sind, kann die Absprache der weiteren Termine meist kurzfristig erfolgen; bei Patienten, die lediglich spätnachmittags Zeit haben, können sich leider längere Wartezeiten ergeben.

KOSTEN Bei Mitgliedern der gesetzlichen Krankenkassen rechne ich über die Kassenärztliche Vereinigung mit den Kassen direkt ab. Privatversicherte Patienten erhalten am Monatsende eine Rechnung (Stundenhonorar: 2,3-facher Satz der Gebührenordnung, GOP) mit dem Zahlungsziel von 30 Tagen gemäß § 286 BGB. Je nach Ihren individuellen Vertragsbedingungen kann ein Restbetrag als Eigenleistung verbleiben.

SCHWEIGEPFLICHT

1. Der Psychologe ist verpflichtet, über alle ihm in Ausübung seiner Berufstätigkeit anvertrauten und bekannt gewordenen Tatsachen zu schweigen (§ 203 StGB) soweit nicht das Gesetz Ausnahmen vorsieht oder ein bedrohtes Rechtsgut besteht.
2. Die Schweigepflicht der Psychologen besteht auch gegenüber Familienangehörigen des Patienten und gegenüber Vorgesetzten.
3. Wenn mehrere Psychologen oder Psychologen und Ärzte gleichzeitig denselben Patienten beraten oder behandeln, so sind sie untereinander von der Schweigepflicht insoweit befreit, als der Patient nicht etwas anderes bestimmt.
4. Der Patient verpflichtet sich seinerseits zur Verschwiegenheit über andere Patienten, von denen er zufällig - z. B. über Wartezimmerkontakt - Kenntnis erhielt.

Zur Klärung anstehender Fragen bin ich gerne behilflich.

Der folgende Bereich ist ausschließlich vom Praxispersonal auszufüllen. Bitte lassen Sie ihn frei.

Dokumentation über die Nutzung der ePA

Information und Aufklärung erfolgt am

- Patient*in hat ePA nicht eingerichtet.
- Patient*in hat ePA eingerichtet, widerspricht aber dem Eintrag von Daten aus der psychotherapeutischen Behandlung.
- Patient*in hat ePA eingerichtet, möchte, dass folgende Daten aus der psychotherapeutischen Behandlung in die ePA eingetragen werden:
- Individuelle Patienteninformation zur psychotherapeutischen Sprechstunde (PTVII)
- Arztbriefe Sonstiges:

Die folgenden Testverfahren wurden vom Klienten zur Diagnostik ausgefüllt:

VDS-90		
Health-79		
IES-R		
Desc-I		
ISR		