



Erstfragebogen

Sehr geehrte Praxisinteressent*innen,

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen aus, wenn Sie ein Erstgespräch vereinbaren möchten und Interesse an einem Therapieplatz bei uns haben. Der Fragebogen hilft uns einzuschätzen ob wir Ihnen ein passendes Angebot machen können. Die Angaben werden von uns natürlich streng vertraulich behandelt. Außerdem enthält der Fragebogen eine Reihe von benötigten Einverständniserklärungen, die wir für die unkomplizierte Kontaktaufnahme von Ihnen benötigen.

Aufgrund der hohen Anfrage führen wir eine Warteliste, auf die wir Sie nach einem Erstgespräch gerne aufnehmen. Bitte melden Sie sich alle 12 Wochen bei weiterhin bestehendem Interesse zurück. Wenn wir nach einem Erstgespräch mehr als 12 Wochen nicht von Ihnen hören gehen wir davon aus, dass der Bedarf nicht mehr besteht und vernichten aus Datenschutzgründen den Fragebogen.

Ihr Praxisteam



Angaben zur Person

Name, Vorname: _____

Gewünschte Anrede: _____

Geburtsdatum: _____ Geschlecht: m w d

Straße/Hausnummer: _____ PLZ/Ort: _____

Telefonnummer: _____

Emailadresse: _____

Familienstand: ledig verheiratet getrennt geschieden verwitwet in Beziehung lebend

Kinder: ja nein Wenn ja, wie viele und wie alt? _____

Erlerner Beruf: _____

Derzeitige Tätigkeit: _____

Bestehen Einschränkungen oder Behinderungen, bzw. besondere Bedürfnisse, die für die Teilnahme am Erstgespräch relevant sind? _____

Krankenkasse: _____

Gesetzlich versichert privat versichert beihilfeberechtigigt

Hausarzt*in: _____

Die Therapiestunden finden meist einmal wöchentlich (50 Minuten) am gleichen Tag zur gleichen Uhrzeit statt. Bitte geben Sie daher hier Zeiten an, die Sie regelmäßig wahrnehmen können:

Wochentag	vormittags		nachmittags	
Montag	von	bis	von	bis
Dienstag	von	bis	von	bis
Mittwoch	von	bis	von	bis
Donnerstag	von	bis	von	bis
Freitag	von	bis	von	bis



Aus welchem Grund möchten Sie eine Therapie beginnen?

Nehmen Sie aktuell Medikamente wegen der psychischen Beschwerden? Wenn ja welche und in welcher Dosierung? Seit wann?

Waren Sie schon einmal in stationärer oder ambulanter psychotherapeutischer oder psychiatrischer Behandlung? Wenn ja, wann und wie lange? Wo?

Haben Sie Rente oder eine Reha beantragt?

Trinken Sie Alkohol? Wenn ja an wie vielen Tagen in der Woche und wieviel? Gibt es andere Substanzen, die Sie regelmäßig konsumieren?

Platz für Anmerkungen, die Sie uns gerne mitteilen möchten:



Datum: _____

Dieser Fragebogen wurde ausgefüllt von: _____

Einverständniserklärung zur E-Mail-Korrespondenz

- Ich bin mit der Korrespondenz bzw. der Zusendung von personenbezogenen- und Gesundheitsdaten 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.
- Ich möchte ausschließlich telefonisch kontaktiert werden

Ort, Datum

Unterschrift Patient*in (ggf. gesetzliche/r Vertreter*in)

Auf den folgenden Seiten finden Sie unsere ausführlichen Patient*inneninformationen zum Datenschutz. Bitte lesen Sie sich diese sorgfältig durch.

- Ich habe die „Patienteninformation zum Datenschutz (stand: 04.06.2021) erhalten und gelesen.

Unterschrift: _____

Der Versand personenbezogener Daten durch unverschlüsselte E-Mails ist aus datenschutzrechtlichen Gründen grundsätzlich untersagt, sodass entsprechende Korrespondenz ausschließlich durch Postversand erfolgen kann, wenn nicht eine ausschließliche schriftliche Einwilligung durch den Patienten erteilt wird. Mit dieser Einverständniserklärung stimmen Sie dem Versand von Daten via E-Mail durch mich zu.



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

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist: Madeleine Marhöfer und Dr. Nicola Weismann

Praxisname: Psychotherapeutische Praxisgemeinschaft Marhöfer und Dr. Weismann

Adresse: Hegelstr. 51, 70174 Stuttgart

Kontakt Daten (z.B. Telefon, E-Mail): Tel. 0178 6740875, marhoefer@praxis-psychotherapie.info

Tel. 01786740879, weismann@praxis-psychotherapie.info

Sie erreichen die/den zuständige/n Datenschutzbeauftragte/n unter:

Name: Madeleine Marhöfer oder Dr. Nicola Weismann

Anschrift: Hegelstr. 51, 70174 Stuttgart

Kontakt Daten: Tel. 0178 6740875, marhoefer@praxis-psychotherapie.info

Tel. 01786740879, weismann@praxis-psychotherapie.info

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 berechnigte 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 Paragraf 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:

Landesbeauftragter für Datenschutz und Informationsfreiheit Baden-Württemberg
Königstraße 10 a
70173 Stuttgart

6. RECHTLICHE GRUNDLAGEN

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit Paragraf 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz. Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich gern an uns wenden.

Ihr Praxisteam