Zentralinstitut für Seelische Gesundheit | Postfach 12 21 20 | D-68072 Mannheim

Zentrum für Psychologische Psychotherapie

in Kooperation mit der
Universität Mannheim
am Zentralinstitut für
Seelische Gesundheit

Leitung:
apl. Prof. Dr. Josef Bailer

L13,9 · D-68161Mannheim

Telefon +49 621 1703-6180

zpp-kjp@zi-mannheim.de
www.zi-mannheim.de

Wichtige Vorabinformation

Liebe Sorgeberechtigte,

bitte versenden Sie die nachfolgenden Unterlagen erst **nachdem** Ihr Kind auf unsere Warteliste aufgenommen wurde. Eine Aufnahme auf unsere Warteliste ist ausschließlich während unserer **telefonischen Sprechzeiten** möglich. Wir können nur Unterlagen von Kindern und Jugendlichen entgegen nehmen, die auf unserer Warteliste stehen.

Bitte versenden Sie die Unterlagen postalisch an folgende Adresse:

ZPP KJP Ambulanz
L13, 9
68161 Mannheim

Aufgrund des Erziehungsrecht der Eltern (Art. 6 GG) sollten **alle Erziehungsberechtigten** mit der Diagnostik und auch der möglicherweise folgenden Therapie einverstanden sein. Dieses Einverständnis ist bis zur Volljährigkeit eines Kindes immer erforderlich.

Ohne das schriftliche Einverständnis beider gesetzlicher Vertreter kann nur ein Gespräch mit demjenigen gesetzlichen Vertreter durchgeführt werden, der einverstanden ist. Mit einem entsprechenden Einverständnisvermerk des nicht-anwesenden gesetzlichen Vertreters können weitere Unterlagen von einem einzelnen gesetzlichen Vertreter unterschrieben werden. In diesem Dokument finden Sie entsprechende Einverständniserklärungen, die Sie bitte postalisch an uns zurücksenden, um von Beginn an eine direkte, therapeutische Kommunikation mit dem Kind bzw. Jugendlichen zu ermöglichen.

Bitte wenden Sie sich bei Fragen hierzu direkt an uns.

Schon jetzt vielen Dank für Ihr Vertrauen in unser Therapieangebot für Kinder und Jugendliche am Zentrum für Psychologische Psychotherapie in Mannheim

Mit den besten Grüßen

ZPP Mannheim

Behandlungsinformation

zwischen

Name, Vorname, Geb.-Datum des Patienten bzw. der Patientin
und seines/ ihres gesetzlichen Vertreters

und
dem Zentrum für Psychologische Psychotherapie Mannheim, vertreten durch

Name, Vorname des Ausbildungstherapeuten bzw. der Ausbildungstherapeutin

Art und Umfang der Behandlung. Die ambulanten psychotherapeutischen Behandlungen am ZPP Mannheim sind verhaltenstherapeutisch orientiert. Die Psychotherapie im ZPP Mannheim wird in der Regel in Form von wöchentlichen Sitzung à 50 Minuten durchgeführt. Die Anzahl der Sitzungen, die in Anspruch genommen werden, wie auch die Dauer der Therapie können individuell unterschiedlich sein.

Gesetzliche Grundlagen. Die Psychotherapien werden in den Lehrambulanzen des ZPP Mannheim von Therapeuten in Ausbildung durchgeführt, die nach erfolgreich absolvierten Prüfungen ihre Qualifizierung gemäß § 8 Psychotherapievereinbarungen und § 117 SGB V im Richtlinienverfahren „Verhaltenstherapie“ nachgewiesen haben.

Probatorische Sitzungen und Kassenantrag. Nach einer ausführlichen psychotherapeutischen Sprechstunde, die bis zu fünf Termine umfassen kann, wird entschieden, ob eine Psychotherapie grundsätzlich empfohlen werden kann. Wenn dies der Fall ist und wir ein passendes Behandlungsangebot in unserer Ambulanz haben, folgen zunächst bis zu sechs probatorische Sitzungen mit umfassender psychologischer Diagnostik. Auf der Grundlage dieser Informationen wird dann ein persönlicher Behandlungsplan erstellt, der dem aktuellen Stand von Forschung und klinischer Erfahrung moderner Psychotherapie entspricht, sowie die Übernahme der Kosten für die Psychotherapie durch die zuständige Krankenversicherung beantragt. Bei gesetzlich Versicherten beträgt der Umfang einer Kurzzeittherapie zunächst 12 Sitzungen + 3 Sitzungen mit Bezugspersonen (um weitere 12 + 3 Sitzungen erweiterbar), einer Langzeittherapie meist 60 Sitzungen + 15 Sitzungen mit Bezugspersonen. Durch eine begründete Antragsstellung ist eine Umwandlung von Kurz- in Langzeittherapie gegebenenfalls möglich, ebenso eine Verlängerung der Langzeittherapie von 60 + 15 auf 80 + 20 therapeutische Sitzungen. Die Begutachtung des Antrages erfolgt anonym durch bestellte Gutachter. Sobald die Kostenzusage der Krankenkasse bei **Ihnen** eingegangen ist, kann die eigentliche Therapie beginnen.

Diagnostik. Für die Anfangsdiagnostik und auch im weiteren Behandlungsverlauf werden regelmäßig klinische Tests und diagnostische Interviews durchgeführt, um ein bestmögliches Behandlungsergebnis zu erreichen. Zumeist handelt es sich um standardisierte Fragebögen.

Qualitätssicherung und Wissenschaft. Die im Rahmen der Diagnostik erhobenen Daten dienen der Qualitätssicherung und helfen uns, die Wirksamkeit unserer Behandlungen mit wissenschaftlichen Methoden zu überprüfen und zu optimieren. Die Daten werden in einer Ambulanzdatenbank gespeichert und wissenschaftlich pseudonymisiert ausgewertet.

Supervision. Im ZPP Mannheim durchgeführte Psychotherapien werden regelmäßig von anerkannten Lehrtherapeuten supervidiert. Dazu werden die Therapiesitzungen schriftlich und audiovisuell dokumentiert. Der Ausbildungstherapeut bzw. die Ausbildungstherapeutin kann sich so anhand unverfälschter Aufnahmen von erfahrenen Spezialisten beraten lassen, um die Behandlung optimal zu gestalten. Alle Informationen werden streng vertraulich behandelt, die Aufnahmen werden nach der Supervision gelöscht. Die zuständigen Ausbildungstherapeuten, Supervisoren, Ambulanzleitungen und Mitarbeiter des ZPP Mannheim unterliegen der gesetzlichen Schweigepflicht.

Beendigung der Therapie. Die Therapie endet in der Regel mit Ablauf der bei der Krankenkasse beantragten Sitzungszahl. In Ausnahmefällen können Verlängerungen der Behandlung beantragt werden. Die Therapie kann auf Wunsch des Patienten/der Patientin bzw. der gesetzlichen Vertreter natürlich auch jederzeit vorher beendet werden. In Sonderfällen kann auch der Therapeut bzw. die Therapeutin die Therapie vorzeitig beenden.

Ausfallhonorar. Die Termine für die Psychotherapiesitzungen werden individuell vereinbart. Da es sich bei diesen Terminvereinbarungen um persönliche Reservierungen handelt, können Therapiesitzungen, die zu kurzfristig abgesagt werden, nicht anderweitig besetzt werden. Deshalb werden alle reservierten Therapiesitzungen, die nicht bis 24h vor dem vereinbarten Termin telefonisch (die Telefonnummer erhalten Sie von dem behandelnden Therapeuten – auch auf Anrufbeantworter) abgesagt werden, mit einem Ausfallhonorar von 80,- € berechnet.

Krankenversicherung. Um sicher zu sein, dass Ihre Krankenkasse die Kosten für die Psychotherapie übernimmt, prüfen Sie bitte, ob unser Patient bzw. Patientin während der gesamten Dauer der Psychotherapie (als Familienmitglied) versichert ist. **Einen zwischenzeitlichen Wechsel der Krankenkasse oder die Beendigung des Versicherungsvertrages müssen Sie uns umgehend mitteilen. Können Sie keine gültige Versichertenkarte vorlegen, haben Sie 10 Tage Zeit diese nachzureichen. Ansonsten werden wir ggf. für zwischenzeitlich erbrachte Leistungen eine Privatrechnung stellen.**

E-Mail-Kommunikation. Es besteht die Möglichkeit, mit Ihrem/r Therapeuten/in Informationen und Daten per E-Mail auszutauschen. Der E-Mail Austausch erfolgt prinzipiell unverschlüsselt, lediglich Anhänge werden verschlüsselt versendet. Diese Kommunikation ist nicht sicher und kann eventuell durch Dritte eingesehen und manipuliert werden. Es ist möglich, dass dadurch persönliche Sachverhalte unbefugten Dritten bekannt werden. Der/Die Therapeut/in wird den E-Mail-Verkehr im Wesentlichen für Terminabsprachen nutzen. Sensible persönliche Daten werden nicht per E-Mail versendet.

- □ Ich wünsche keine E-Mail-Kommunikation mit dem/r ZPP-Therapeuten/in

- □ Ich möchte mit dem/r ZPP-Therapeuten/in per E-Mail kommunizieren und bitte folgende E-Mail-Adresse zu nutzen:

  E-Mail gesetzliche/r Vertreter/in _____

  Ggf. E-Mail Patient/in_____

  Über die prinzipielle Unsicherheit des E-Mailverkehrs wurde ich informiert. Diese Einwilligung zum E-Mail-Austausch kann ich jederzeit schriftlich zurücknehmen.

Datenschutz:

- □ Ich habe die **Datenschutzinformation** zur Kenntnis genommen und bin damit einverstanden.

Einverständniserklärung

Ich habe den Patienten/die Patientin bzw. seinen/ihren gesetzlichen Vertreter über die o. g. Punkte ausführlich informiert.

Mannheim, den

Datum Unterschrift Ausbildungstherapeuten/in

Ich bin über die o. g. Punkte ausführlich informiert worden und bin mit den Vereinbarungen einverstanden. Ich erhalte eine Kopie dieser Vereinbarung.

Mannheim, den

Datum Unterschrift gesetzliche Vertreter Unterschrift Patient

Informationspflichten gegenüber Patienten im Krankenhausbereich auf der Grundlage der Art. 12 ff. DS-GVO

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

das ZPP befindet sich in der Trägerschaft des ZIs. Deshalb gelten die nachfolgenden Bestimmungen für den Krankenhausbereich auch für die ambulante psychotherapeutische Behandlung in der ZPP-Ambulanz.

Im Rahmen Ihrer Behandlung bzw. Versorgung ist es erforderlich, personenbezogene und auch medizinische Daten über Ihre Person zu verarbeiten. Da die Vorgänge sowohl innerhalb unseres Krankenhauses als auch im Zusammenspiel mit weiteren an Ihrer Behandlung beteiligten Personen/Institutionen des Gesundheitswesens nicht leicht zu überblicken sind, haben wir für Sie die nachfolgenden Informationen zusammengestellt:

Zwecke, für die Ihre personenbezogenen Daten verarbeitet werden:

Im Rahmen Ihrer Behandlung werden Daten über Ihre Person, Ihren sozialen Status sowie die für die Behandlung notwendigen medizinischen Daten erhoben, erfasst, gespeichert, verarbeitet, abgefragt, genutzt, übermittelt usw. Insgesamt spricht man von der „Verarbeitung“ Ihrer Daten. Dieser Begriff der „Verarbeitung“ bildet den Oberbegriff über alle diese Tätigkeiten. Die Verarbeitung von Patientendaten im Krankenhaus ist aus Datenschutzgründen nur möglich, wenn eine gesetzliche Grundlage dies vorschreibt bzw. erlaubt oder Sie als Patient hierzu Ihre Einwilligung erteilt haben.

Für Ihre patientenbezogene Versorgung/Behandlung notwendig sind dabei insbesondere Verarbeitungen Ihrer Daten aus präventiven, diagnostischen, therapeutischen, kurativen und auch nachsorgenden Gründen. Ebenso erfolgen Verarbeitungen - im Sinne einer bestmöglichen Versorgung - im Hinblick auf interdisziplinäre Konferenzen zur Analyse und Erörterung von Diagnostik und Therapie, zur Vor-, Mit-, Weiterversorgung bzgl. Diagnostik, Therapie, Befunden sowie Krankheits-/Vitalstatus. Daneben werden Arztbriefe/Berichte geschrieben und es erfolgen Verarbeitungen aus Qualitätssicherungsgründen, zum Erkennen und Bekämpfen von Krankenhausinfektionen sowie zur seelsorgerischen und sozialen Betreuung und zum Entlassmanagement.

Neben diesen patientenbezogenen Verarbeitungen bedarf es auch einer verwaltungsmäßigen Abwicklung Ihrer Behandlung. Dies bedingt im Wesentlichen die Verarbeitung Ihrer Daten zur Abrechnung Ihrer Behandlung, aus Gründen des Controllings / der Rechnungsprüfung, zur Geltendmachung, Ausübung sowie Verteidigung von Rechtsansprüchen, usw. Ferner erfolgen Datenverarbeitungen zu Zwecken der Ausbildung, der Fort- und Weiterbildung von Ärzten und von Angehörigen anderer Berufe des Gesundheitswesens, zur Forschung oder zu gesetzlich vorgesehenen Meldepflichten (z.B. an die Polizei aufgrund des Melderechts, an staatliche Gesundheitsämter aufgrund des Infektionsschutzgesetzes, an Krebsregister) sowie nicht zuletzt aus Gründen der Betreuung und Wartung von IT-Systemen und Anwendungen, usw.

Von wem erhalten wir Ihre Daten?

Die entsprechenden Daten erheben wir grundsätzlich - sofern möglich - bei Ihnen selbst. Teilweise kann es jedoch auch vorkommen, dass wir von anderen Krankenhäusern, die etwa Ihre Erst-/Vorbehandlung durchgeführt haben, von niedergelassenen Ärzten, Fachärzten, Medizinischen Versorgungszentren (sog. MVZ), usw. Sie betreffende personenbezogene Daten erhalten. Diese werden in unserem Krankenhaus im Sinne einer einheitlichen Dokumentation mit Ihren übrigen Daten zusammengeführt.

Wer hat Zugriff auf Ihre Daten?

Die an Ihrer Behandlung beteiligten Personen haben Zugriff auf Ihre Daten, wozu etwa auch Ärzte anderer Abteilungen zählen, die an einer fachübergreifenden Behandlung teilnehmen oder die Verwaltung, die die Abrechnung Ihrer Behandlung vornimmt.

Ihre Daten werden von Fachpersonal oder unter dessen Verantwortung verarbeitet. Dieses Fachpersonal unterliegt entweder dem sog. Berufsgeheimnis oder einer Geheimhaltungspflicht.

Der vertrauliche Umgang mit Ihren Daten wird gewährleistet!

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten durch den Krankenhausträger

Die Grundlage dafür, dass der Krankenhausträger Ihre Daten datenschutzrechtlich verarbeiten darf, ergibt sich hauptsächlich daraus, dass der Krankenhausträger für die Versorgung und Behandlung von Patienten zuständig ist. Auf dieser Grundlage gibt es unterschiedliche Gesetze und Verordnungen, die dem Krankenhausträger eine Verarbeitung der Daten erlauben. Genannt sei hier insbesondere die sog. EU Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO), z.B. Art. 6, 9 DS-GVO, die auch in Deutschland gilt und ausdrücklich regelt, dass Daten von Patienten verarbeitet werden dürfen. Daneben finden sich Grundlagen im deutschen Recht, etwa in dem Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V), z.B. § 301 SGB V, in dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) und im Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB), sowie in den §§630 ff. BGB, die eine Verarbeitung Ihrer Daten voraussetzen.

Als Rechtsgrundlagen für die Verarbeitung seien hier beispielhaft genannt:

- Datenverarbeitungen zum Zwecke der Durchführung sowie Dokumentation des Behandlungsgeschehens einschließlich des innerärztlichen und interprofessionellen Austauschs im Krankenhaus über den Patienten für die Behandlung (Art. 9 Abs. 2h, Abs. 3, Abs. 4 DS-GVO i.V.m. §§ 630a ff, 630f BGB i.V.m. entsprechenden landesrechtlichen Regelungen sofern vorhanden),

- Datenübermittlung an „Externe“ im Sinne einer gemeinsamen Behandlung (im Team), Zuziehung externer Konsiliarärzte, z.B. Labor, Telemedizin, sowie Zuziehung externer Therapeuten (Art. 9 Abs. 2h, Abs. 3, (, Abs.4) DS-GVO i.V.m. entsprechenden landesrechtlichen Regelungen sofern vorhanden),

- Datenübermittlung an die gesetzlichen Krankenkassen zum Zwecke der Abrechnung (Art. 9 Abs. 2h, Abs. 3, Abs. 4 DS-GVO i.V.m. § 301 SGB V),

- Datenübermittlung zu Zwecken der Qualitätssicherung (Art. 9 Abs. 2i DS-GVO i.V.m. § 299 SGB V i.V.m. § 136 SGB V bzw. den Richtlinien des G-BA), usw.

Daneben sind Verarbeitungen auch in Fällen zulässig, in denen Sie uns Ihre Einwilligung erklärt haben.

Notwendigkeit der Angabe Ihrer Personalien

Die ordnungsgemäße administrative Abwicklung Ihrer Behandlung bedingt die Aufnahme Ihrer Personalien.

Mögliche Empfänger Ihrer Daten

Ihre Daten werden im Rahmen der Zweckbestimmung unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen bzw. etwaiger vorliegender Einwilligungserklärungen erhoben und ggf. an Dritte übermittelt. Als derartige Dritte kommen insbesondere in Betracht:

- gesetzliche Krankenkassen sofern Sie gesetzlich versichert sind,
- private Krankenversicherungen sofern Sie privat versichert,
- Unfallversicherungsträger,
- Hausärzte,
- weiter-, nach- bzw. mitbehandelnde Ärzte,
- andere Einrichtungen der Gesundheitsversorgung oder Behandlung,
- Rehabilitationseinrichtungen,
- Pflegeeinrichtungen,
- externe Datenverarbeiter (sog. Auftragsverarbeiter) sowie - Seelsorger (in kirchlichen Einrichtungen), usw.

Welche Daten werden im Einzelnen übermittelt?

Sofern Daten übermittelt werden, hängt es im Einzelfall vom jeweiligen Empfänger ab, welche Daten dies sind. Bei einer Übermittlung entsprechend § 301 SGB V an Ihre Krankenkasse handelt es sich zum Beispiel um folgende Daten:

1. Name des Versicherten,
2. Geburtsdatum,
3. Anschrift,
4. Krankenversichertennummer,
5. Versichertenstatus,
6. den Tag, die Uhrzeit und den Grund der Aufnahme sowie die Einweisungsdiagnose, die Aufnahmediagnose, bei einer Änderung der Aufnahmediagnose die nachfolgenden Diagnosen, die voraussichtliche Dauer der Krankenhausbehandlung sowie, falls diese überschritten wird, auf Verlangen der Krankenkasse die medizinische Begründung, bei Kleinkindern bis zu einem Jahr das Aufnahmegewicht,
7. Datum und Art der jeweils im Krankenhaus durchgeführten Operationen und sonstigen Prozeduren,
8. den Tag, die Uhrzeit und den Grund der Entlassung oder der Verlegung sowie die für die Krankenhausbehandlung maßgebliche Hauptdiagnose und die Nebendiagnosen,

9. Angaben über die im jeweiligen Krankenhaus durchgeführten Rehabilitationsmaßnahmen sowie Aussagen zur Arbeitsfähigkeit und Vorschläge für die Art der weiteren Behandlung mit Angabe geeigneter Einrichtungen.

Behandlung aufgrund ästhetischer Operationen, Tätowierungen oder Piercings

Für den Fall, dass eine Krankheit vorliegt, für die der Verdacht besteht, dass sie Folge einer medizinisch nicht indizierten ästhetischen Operation, einer Tätowierung oder eines Piercings ist, muss auch diesbezüglich eine Meldung an die Krankenkasse erfolgen.

Widerruf erteilter Einwilligungen

Wenn die Verarbeitung Ihrer Daten auf einer Einwilligung beruht, die Sie dem Krankenhausträger gegenüber erklärt haben, dann steht Ihnen das Recht zu, Ihre Einwilligung jederzeit zu widerrufen. Diese Erklärung können Sie-schriftlich/per Mail/Fax - an den Krankenhausträger richten. Einer Angabe von Gründen bedarf es dafür nicht. Ihr Widerruf gilt allerdings erst ab dem Zeitpunkt, zu dem Sie diesen aussprechen. Er hat keine Rückwirkung. Die Verarbeitung Ihrer Daten bis zu diesem Zeitpunkt bleibt rechtmäßig.

Wahrnehmung berechtigter Interessen des Krankenhausträgers

Sofern der Krankenhausträger zur Durchsetzung seiner Ansprüche gegen Sie selbst oder Ihre Krankenkasse gezwungen ist, anwaltliche oder gerichtliche Hilfe in Anspruch zu nehmen, da die vom Krankenhausträger gestellte Rechnung nicht beglichen wird, muss der Krankenhausträger (zu Zwecken der Rechteverfolgung) die dafür notwendigen Daten zu Ihrer Person und Ihrer Behandlung offenbaren.

Wie lange werden Ihre Daten gespeichert?

Der Krankenhausträger ist gem. § 630f Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) dazu verpflichtet, eine Dokumentation über Ihre Behandlung zu führen. Dieser Verpflichtung kann der Krankenhausträger in Form einer in Papierform oder elektronisch geführten Patientenakte nachkommen. Diese Patientendokumentation wird auch nach Abschluss Ihrer Behandlung für lange Zeit vom Krankenhaus verwahrt. Auch dazu ist der Krankenhausträger gesetzlich verpflichtet. Mit der Frage, wie lange die Dokumente im Einzelnen im Krankenhaus aufzubewahren sind, beschäftigen sich viele spezielle gesetzliche Regelungen. Zu nennen sind etwa hier die Röntgenverordnung (RöV), die Strahlenschutzverordnung (StrlSchV), die Apothekenbetriebsordnung (ApBetrO), das Transfusionsgesetz (TFG), und viele mehr. Diese gesetzlichen Regelungen schreiben unterschiedliche Aufbewahrungsfristen vor.

Daneben ist zu beachten, dass Krankenhäuser Patientenakten auch aus Gründen der Beweissicherung bis zu 30 Jahre lang aufbewahren. Dies folgt daraus, dass Schadensersatzansprüche, die Patienten gegenüber dem Krankenhaus geltend machen, gemäß § 199 Abs. 2 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) spätestens in 30 Jahren verjähren. Ein Haftungsprozess könnte also erst Jahrzehnte nach Beendigung der Behandlung gegen den Krankenhausträger anhängig gemacht werden. Würde das Krankenhaus mit der Schadensersatzforderung eines Patienten wegen eines behaupteten Behandlungsfehlers konfrontiert und wären die entsprechenden

Krankenunterlagen inzwischen vernichtet, könnte dies zu erheblichen prozessualen Nachteilen für das Krankenhaus führen.

Aus diesem Grunde wird Ihre Patientenakte bis zu 30 Jahre lang aufbewahrt.

Recht auf Auskunft, Berichtigung, Löschung usw.

Ihnen stehen sog. Betroffenenrechte zu, d.h. Rechte, die Sie als im Einzelfall betroffene Person ausüben können. Diese Rechte können Sie gegenüber dem Krankenhausträger gelten machen. Sie ergeben sich aus der EU Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO), die auch in Deutschland gilt:

- Recht auf Auskunft, Art. 15 DS-GVO
Sie haben das Recht auf Auskunft über die Sie betreffenden gespeicherten personenbezogenen Daten.

- Recht auf Berichtigung, Art. 16 DS-GVO
Wenn Sie feststellen, dass unrichtige Daten zu Ihrer Person verarbeitet werden, können Sie Berichtigung verlangen. Unvollständige Daten müssen unter Berücksichtigung des Zwecks der Verarbeitung vervollständigt werden.

- Recht auf Löschung, Art. 17 DS-GVO
Sie haben das Recht, die Löschung Ihrer Daten zu verlangen, wenn bestimmte Löschgründe vorliegen. Dies ist insbesondere der Fall, wenn diese zu dem Zweck, zu dem sie ursprünglich erhoben oder verarbeitet wurden, nicht mehr erforderlich sind.

- Recht auf Einschränkung der Verarbeitung, Art. 18 DS-GVO
Sie haben das Recht auf Einschränkung der Verarbeitung Ihrer Daten. Dies bedeutet, dass Ihre Daten zwar nicht gelöscht, aber gekennzeichnet werden, um ihre weitere Verarbeitung oder Nutzung einzuschränken.

- Recht auf Widerspruch gegen unzumutbare Datenverarbeitung, Art. 21 DS-GVO
Sie haben grundsätzlich ein allgemeines Widerspruchsrecht auch gegen rechtmäßige Datenverarbeitungen, die im öffentlichen Interesse liegen, in Ausübung öffentlicher Gewalt oder aufgrund des berechtigten Interesses einer Stelle erfolgen.

Beschwerde bei der Aufsichtsbehörde wegen Datenschutzverstößen

Unabhängig davon, dass es Ihnen auch freisteht, gerichtliche Hilfe in Anspruch zu nehmen, haben Sie das Recht auf Beschwerde bei einer Aufsichtsbehörde, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer Daten datenschutzrechtlich nicht zulässig ist. Dies ergibt sich aus Art. 77 EU Datenschutz-Grundverordnung. Die Beschwerde bei der Aufsichtsbehörde kann formlos erfolgen.

Datenschutzbeauftragter des Krankenhauses

Der Krankenhausträger hat einen Datenschutzbeauftragten bestellt. Seine Kontaktdaten lauten wie folgt:
Dr. Regina Mathes, Email: datenschutzbeauftragter@zi-mannheim.de
Für weitere Fragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Einverständniserklärung

Eine psychotherapeutische Diagnostik und Behandlung in der ZPP-Ausbildungsambulanz erfordert das Einverständnis aller Sorgeberechtigten.

Das Sorgerecht für den/die Patienten/In

Name, Vorname des/der Patienten/In	geboren am

liegt bei: ☐ der Mutter ☐ den Eltern
☐ dem Vater ☐ dem Vormund

Hiermit erkläre ich

Name, Vorname der Mutter	geboren am
Name, Vorname des Vaters	geboren am
ggf. Name, Vorname des Vormunds	geboren am

mein Einverständnis zu einer psychotherapeutischen Diagnostik und Behandlung.
Ich beauftrage außerdem _____, die weiteren notwendigen Unterlagen und Formulare (Therapievertrag, Behandlungsvereinbarung, Formular zur Berichtspflicht, sowie die Schweigepflichtsentbindungen) zu unterschreiben.

Mannheim, den	Datum	Unterschrift der Mutter
Mannheim, den	Datum	Unterschrift des Vaters
Mannheim, den	Datum	ggf. Unterschrift des Vormunds

Erklärung zur Berichtspflicht

zur Übermittlung eines jährlichen Berichts über eine laufende Psychotherapie (bzw. über deren Beginn oder Beendigung) an den Hausarzt und ggf. an den Facharzt, gemäß §73 Abs. 1b SGB V

Information für gesetzlich versicherte Patienten:

Seit dem 01.01.2008 sind Psychotherapeuten verpflichtet, dem Hausarzt mindestens 1x jährlich, stets jedoch zu Therapiebeginn und -ende über die Psychotherapie schriftlich Bericht zu erstatten. Nur dann kann die Psychotherapieleistung abgerechnet werden.
Wenn kein Hausarzt angegeben werden kann oder wenn der Patient dies nicht wünscht, entfällt der Bericht. Dasselbe gilt für einen obligatorischen Bericht an den Facharzt, falls der Patient von einem Facharzt zur Psychotherapie überwiesen wurde.

Bitte entscheiden Sie sich für eine der folgenden Möglichkeiten und bestätigen Sie diese mit Ihrer Unterschrift:

☐ Ich wünsche ausdrücklich die jährliche Übermittlung eines Berichtes über meine bzw. für die mir gesetzlich anvertraute Person laufende Psychotherapie. Der Bericht enthält Angaben zur Diagnose und zur Art der durchgeführten Therapie.

Name des **Hausarztes** Anschrift

Name des **Facharztes** Anschrift

☐ Die Befundübermittlung ist nicht erforderlich und wird von mir **nicht gewünscht**. Sollten jedoch Informationen über die Psychotherapie für die ärztliche Behandlung wichtig sein, so wird sich mein/e Ausbildungstherapeut/In nach Absprache mit mir mit dem behandelnden Arzt in Verbindung setzen.

Weitere Gründe, die einen Bericht entbehrlich machen:
entsprechendes bitte ankreuzen:

☐ Ich habe keinen Hausarzt
☐ Ich bin bei dem überweisenden Hausarzt nicht mehr in Behandlung
☐ Ich bin bei dem überweisenden Facharzt nicht mehr in Behandlung

Diese Entscheidung gilt für die Dauer der gesamten Behandlung, solange ich sie nicht widerrufe. Eine Kopie dieser Erklärung habe ich erhalten.

Mannheim, den

Unterschrift des/der Patienten/In bzw. des/der gesetzlichen Vertreters/In

Formular Abschlussbericht bei Therapieende

Sehr geehrte/r Frau/ Herr _____
(gesetzlicher Vertreter)

_____, _____ geb. am _____ war/ist in Psychotherapie.
Name Vorname

Zum Ende jeder Psychotherapie am ZPP Mannheim verfasst der Therapeut/ die Therapeutin einen Abschlussbericht über den Verlauf der Therapie, welcher an den Hausarzt oder Facharzt geschickt wird, damit dieser über Ihre Entwicklung informiert ist.

Bitte geben Sie an, an wen der Therapeut/ die Therapeutin diesen Bericht schicken soll:

- ○ Ich wünsche die Übermittlung eines Berichtes über die abgeschlossene Psychotherapie. Der Bericht soll geschickt werden an unseren Hausarzt / Kinder- und Jugendarzt:

  ……
  Name Anschrift

- ○ Und/oder an den zur Psychotherapie überweisenden Facharzt:

  ……
  Name Anschrift

- ○ An mich/uns selbst:

  ……
  Name Anschrift

- ○ Die Übermittlung des Therapieabschlussberichts an den Hausarzt und ggf. an den zur Psychotherapie überweisenden Facharzt ist nicht erforderlich und wird von mir nicht gewünscht.

Sollten jedoch Informationen über die Psychotherapie für die ärztliche/ psychotherapeutische Weiterbehandlung wichtig sein, so können sich zukünftige Behandler(innen) an das ZPP Mannheim wenden mit der Bitte um Übermittlung des Abschlussberichts (sofern ich sie von der Schweigepflicht entbunden habe).

Mannheim, den

_____
Unterschrift der Patientin / des Patienten

_____
Unterschrift der gesetzlichen Vertreter

Anamnesebogen

Für eine erfolgreiche Beratung benötigen wir zusätzliche Informationen von Ihnen. Wir bitten Sie daher, den folgenden Fragebogen sorgfältig zu bearbeiten. Bitte bringen Sie diesen Fragebogen zum nächsten Termin wieder mit.
Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt!

Name des Kindes: _____ Geburtsdatum: _____

I. Bitte beschreiben Sie die Fähigkeiten und Stärken Ihres Kindes (dazu gehören Neigungen, Interessen, Fähigkeiten, Hobbys, Sportarten/Vereine etc.) Ihres Kindes:

_____

_____

_____

_____

_____

II. Schwierigkeiten Ihres Kindes

Kreuzen Sie bitte an, in welchen Bereichen Sie die Probleme Ihres Kindes vermuten:

☐ Schulleistungen
☐ Aufmerksamkeit, Konzentration
☐ Familiäre Schwierigkeiten
☐ Probleme mit anderen Kindern
☐ Streit/ Konflikte
☐ Ängste
☐ Traurigkeit/ Rückzug
☐ Sonstiges: _____

Bitte beschreiben Sie die Schwierigkeiten, die Ihr Kind betreffen mit eigenen Worten:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Wie alt war Ihr Kind, als Sie die ersten Auffälligkeiten bemerkten? _____

III. Angaben zur aktuellen Lebenssituation

a) Angaben zu Ihnen (Bezugspersonen/ Eltern/ Erziehungspersonen)

Das Kind lebt bei ☐ Eltern ☐ Mutter ☐ Vater ☐ Pflegefamilie
☐ Adoptiveltern ☐ sonstiges: _____

Sorgerecht: ☐ gemeinsam ☐ Mutter ☐ Vater ☐ sonstige: _____

Bei Scheidung/Trennung der Eltern: Wie häufig und wie sieht der Kontakt zum anderen Elternteil aus?_____

_____

Name (Mutter): _____ Geburtsdatum: _____

Höchster Berufsabschluss: _____

aktuell ausgeübte Berufstätigkeiten: _____

Name (Vater): _____ Geburtsdatum: _____

Höchster Berufsabschluss: _____

aktuell ausgeübten Berufstätigkeiten: _____

Wer sind die Hauptbezugspersonen des Kindes?

☐ Mutter ☐ Vater ☐ Eltern ☐ sonstige: _____

Wer sind weitere wichtige Bezugspersonen Ihres Kindes?

☐ Oma bzw. Großeltern

☐ Geschwisterkind, welches: _____

☐ Andere, wer: _____

Hat Ihr Kind schon einmal einen Verlust bzw. Wechsel von wichtigen Bezugspersonen erlebt (z.B. durch Tod, Umzug etc.)? ☐ nein ☐ ja, und zwar folgende:

(bitte beschreiben Sie die Art des Verlusts und die Art der Beziehung der Person zu dem Kind)

_____

_____

Wurde Ihr Kind in Einrichtungen betreut? (Dazu gehören z.B. Tagesmütter, Horte, Heime etc.)

_____

_____

b) Angaben zur Wohnsituation:

In was für einer Wohnung lebt Ihr Kind momentan (z.B. Mehrfamilien-, Einfamilienhaus)?

_____

Wie viele Zimmer hat diese Wohnung? _____

Wie viele Personen leben in dieser Wohnung? _____

Hat ihr Kind ein eigenes Zimmer? ☐ ja ☐ nein, teilt es mit _____

Hat ihr Kind Geschwister? ☐ nein ☐ ja, und zwar folgende: (Bitte führen Sie alle Kinder in der Reihenfolge ihrer Geburten an)

	Alter des Geschwisterkinds	Kindergarten/ Art der Schule oder Beruf des Geschwisterkinds	Ist es das leibliche Geschwisterkind, Halb-, Stiefgeschwister etc.?
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

IV. Entwicklungsgeschichte des Kindes

a) Schwangerschaft und Geburt

Traten während der Schwangerschaft oder Geburt Besonderheiten bzw. Komplikationen auf?

☐ nein ☐ ja, und zwar folgende:

_____

_____

☐ Alkohol- ☐ Nikotinkonsum ☐ Medikamente während der Schwangerschaft

☐ Seelische Belastungen der Mutter während der Schwangerschaft:

_____

Die Geburt erfolgte: ☐ normal (38-42 SSW) ☐ vor 38 SSW ☐ nach 42 SSW

Das Geburtsgewicht war ☐ normal ☐ unter 2500g ☐ über 4500g

b) Meilensteine der frühkindlichen Entwicklung

Traten im Säuglings- und/oder Kleinkindalter Schwierigkeiten auf?

☐ Fütterungsprobleme/ Spei- oder Spuckkind

☐ Anhaltendes Schreien, Kind war schwer zu beruhigen

☐ Schlafprobleme

☐ Kind wies Körperkontakt ab

☐ Anderes: _____

Sprachentwicklung

In welchem Alter begann Ihr Kind die ersten Wörter zu sprechen? _____

In welchem Alter begann Ihr Kind die ersten Sätze zu sprechen? _____

Wie schätzen Sie die Sprachentwicklung Ihres Kindes ein? Gab es Besonderheiten?

☐ nein ☐ ja, und zwar folgende:

_____

_____

motorische Entwicklung

In welchem Alter erreichte Ihr Kind folgende Meilensteine?

Freies sitzen _____

Krabbeln _____

Laufen _____

Fahrrad fahren ohne Stützräder_____

Wie schätzen Sie die motorische Entwicklung Ihres Kindes ein? Gab es Besonderheiten?

☐ nein ☐ ja, und zwar folgende:

_____

_____

Sauber und trocken werden:

In welchem Alter wurde Ihr Kind sauber?

Wasserlassen: tagsüber_____ nachts_____

Stuhlgang: tagsüber_____ nachts_____

Gab es diesbezüglich Besonderheiten?

☐ nein ☐ ja, und zwar folgende:

_____

_____

c) Kindergarten-/ Vorschulzeit

Hat Ihr Kind einen Kindergarten besucht? ☐ nein ☐ ja, von: _____bis: _____

Traten im Kindergarten- und/ oder Vorschulalter Besonderheiten auf? In welchem Alter?

_____

_____

_____

_____

d) Schulzeit

Wann wurde Ihr Kind eingeschult? _____

Traten in der **Grundschule** Besonderheiten auf? In welcher Klasse, in welchem Alter?

_____

_____

_____

_____

Welche weiterführende Schule besucht Ihr Kind? _____

In welcher Schulklasse ist Ihr Kind aktuell? _____

Traten in der **weiterführenden Schule** Besonderheiten auf?

_____

_____

_____

_____

Hat Ihr Kind eine Klasse wiederholt? ☐ nein ☐ ja, und zwar folgende: _____

e) Sozial-emotionale Entwicklung und Selbstständigkeit

Wie schätzen Sie die sozial-emotionale Entwicklung sowie die der Selbstständigkeit Ihres Kindes ein? Gab es Besonderheiten?

☐ nein ☐ ja, und zwar folgende: (Denken Sie dabei an Dinge wie Umgang mit Trennung; Autonomieentwicklung/Trotzphase; Phantasie; Umgang mit Freunden/Sozialkontakte Umgang mit anderen Erwachsenen; Umgang mit Gefühlen etc.)

_____

_____

V. Erkrankungen

a) Aktuelle Maße

Gewicht: _____kg Größe: _____cm

b) Impfstatus

Das Kind ist geimpft gegen: ☐ Windpocken ☐ Masern ☐ Mumps ☐ Röteln
☐ Polio/Kinderlähmung ☐ Keuchhusten ☐ Diphterie ☐ Tetanus
☐ Hepatitis B ☐ Meningokokken ☐ _____

c) Vorerkrankungen Ihres Kindes

Hat/ Hatte Ihr Kind körperliche Schwächen/ Erkrankungen? ☐ nein ☐ ja, und zwar:
☐ Sehprobleme ☐ Hörprobleme ☐ Sprachprobleme
☐ andere (z.B. Asthma bronchiale, rheumatische Erkrankungen, Allergien, angeborene Erkrankungen, Kinderkrankheiten, geistige oder körperliche Einschränkungen):

_____
_____
_____

War Ihr Kind schon einmal längere Zeit stationär in einer Klinik?
☐ nein ☐ ja, und zwar:

	Wo?	Warum?	Wann?	Wie lange?
1.				
2.				
3.				
4.				

VI. Bitte geben Sie uns eine Übersicht:

Haben Sie ihr Kind aufgrund der aktuellen Problematik bereits anderweitig vorgestellt? Wenn Ja, bitte ankreuzen:

☐ Beratungsstelle ☐ Psychotherapeut/Psychologe ☐ Kinder- und Jugendpsychiater

☐ Neurologe ☐ Kinderarzt ☐ Augenarzt ☐ HNO-Arzt

☐ Anderes: _____

Welche Untersuchungen oder Tests wurden bei Ihrem Kind bereits durchgeführt?

Was für eine Untersuchung/Test?	**Wo** wurde diese/ dieser gemacht?	**Wann** wurde diese/ dieser gemacht?	Liegt ein **Ergebnis** vor? Wenn, ja welches?

Wurden oder werden bei Ihrem Kind Behandlungen durchgeführt? Wenn ja, geben Sie bitte dabei an, wo und in welchem Zeitraum die Behandlung stattgefunden hat.

☐ Logopädie _____

☐ Ergotherapie _____

☐ Psychotherapie _____

☐ Lerntherapie _____

☐ Legasthenieförderung _____

☐ Sonstiges: _____

Erhält oder erhielt Ihr Kind regelmäßig Medikamente?

☐ Nein ☐ Ja, und zwar:_____

Zeitraum der Verabreichung: _____

VII. Familienanamnese

Sind gleiche oder ähnliche Probleme schon einmal in Ihrer engeren oder weiteren Familie oder der Familie des anderen Elternteils vorgekommen?

☐ nein ☐ ja, bitte beschreiben Sie:

_____

_____

Gab oder gibt es in Ihrer Familie oder in der Familie des anderen Elternteils ernsthafte Erkrankungen oder belastende Ereignisse (z.B. Depressionen, Krebs, Umzug, Trennung, Arbeitslosigkeit…)?

☐ nein ☐ ja, bitte beschreiben Sie:

_____

_____

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Dieser Fragebogen wurde ausgefüllt von:

☐ Mutter ☐ Vater

☐ Andere, wer: _____

_____
Ort, Datum