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 Patientin, lieber Patient,

bitte versenden Sie die nachfolgenden Unterlagen erst **nachdem** Sie auf unsere Warteliste aufgenommen wurden. Eine Aufnahme auf unsere Warteliste ist ausschließlich während unserer **telefonischen Sprechzeiten** möglich. Wir können Ihre Unterlagen nur entgegen nehmen, wenn Sie auf unserer Warteliste stehen.

Bitte versenden Sie die Unterlagen postalisch an folgende Adresse:

ZPP KJP Ambulanz
L13, 9
68161 Mannheim

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

Mit den besten Grüßen

ZPP Mannheim

Behandlungsinformation

zwischen

Name, Vorname, Geb.-Datum des Patienten bzw. der Patientin
(bzw. 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 Psycholog(inn)en durchgeführt, die nach erfolgreich absolvierten Prüfungen ihre Qualifizierung gemäß § 8 Psychotherapievereinbarungen und § 117 SGB V im Richtlinienverfahren „Verhaltenstherapie“ nachgewiesen haben.

Psychotherapeutische Sprechstunde, 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 für Sie ein bestmögliches Behandlungsergebnis zu erreichen. Zumeist handelt es sich um standardisierte Fragebögen zu Ihrem Befinden. Dabei ist uns Ihre persönliche Sichtweise sehr wichtig.

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 pseudoanonymisiert ausgewertet.

Supervision. Im ZPP Mannheim durchgeführte Psychotherapien werden regelmäßig von anerkannten Lehrtherapeuten supervidiert. Dazu werden die Therapiesitzungen schriftlich und audiovisuell dokumentiert. Ihr Ausbildungstherapeut bzw. ihre 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 für Sie 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 bzw. der Patientin natürlich auch jederzeit vorher beendet werden.

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 Sie während der gesamten Dauer der Psychotherapie als Mitglied der Krankenkasse bzw. als Familienmitglied versichert sind und eine gültige Versichertenkarte besitzen. **Einen zwischenzeitlichen Wechsel der Krankenkasse oder die Beendigung Ihres 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 meinem/r Therapeuten/in.

□ Ich möchte mit meinem/meiner Therapeuten/in per E-Mail kommunizieren und bitte folgende E-Mail-Adresse zu nutzen:

_____

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 bzw. die Patientin über die o. g. Punkte ausführlich informiert.

Mannheim, den

Datum Unterschrift Ausbildungstherapeut/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 Patient/in

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.

Patientenerklärung zur Berichtspflicht

Therapeut: _____ Patient: _____

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

Patienteninformation

Seit 1.1.2008 gilt, dass Psychotherapeuten bei gesetzlich versicherten Patienten Psychotherapieleistungen nur noch abrechnen können, wenn sie gegenüber dem Hausarzt mind.1 x jährlich, immer jedoch zu Therapiebeginn und -ende über die Psychotherapie schriftlich Bericht erstatten. 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 mit Ihrer Unterschrift:

O Ich wünsche ausdrücklich die jährliche Übermittlung eines Berichtes über meine laufende Psychotherapie. Er enthält regelmäßig Angaben zur Diagnose und zur Art der durchgeführten Therapie.
Der Bericht soll geschickt werden an meinen Hausarzt

…….. ……..
Name Anschrift

O und an den zur Psychotherapie überweisenden Facharzt

…….. ……..
Name Anschrift

O Die Befundübermittlung an meinen 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 meine ärztliche Behandlung wichtig sein, so wird sich mein Psychotherapeut mit dem behandelnden Arzt – nach Absprache mit mir – in Verbindung setzen.

Eventuell gibt es noch einen anderen Grund, der einen Bericht an den Arzt entbehrlich oder überflüssig macht, bitte kreuzen Sie diesen gegebenenfalls an:

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

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

……O
Ort, Datum Unterschrift der Patientin / des Patienten

Formular Abschlussbericht bei Therapieende

Sehr geehrte/r Frau/ Herr _____

Zum Ende jeder Psychotherapie am ZPP Mannheim verfasst Ihr Therapeut/ Ihre 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 Ihr Therapeut/ Ihre Therapeutin diesen Bericht schicken soll:

- ○ Ich wünsche die Übermittlung eines Berichtes über meine abgeschlossene Psychotherapie. Der Bericht soll geschickt werden an meinen Hausarzt:

  ……
  Name Anschrift

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

  ……
  Name Anschrift

- ○ An mich selbst:

  ……
  Name Anschrift

- ○ Die Übermittlung des Therapieabschlussberichts an meinen 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 meine 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

_____
Datum, Unterschrift der Patientin / des Patienten

Fragebogen

für Patientinnen und Patienten

Pat.-Chiffre:	**Datum:**
Therapeutin:	

Zur Vorbereitung der psychotherapeutischen Behandlung bitten wir Sie, diesen Fragebogen zu beantworten. Die Informationen dienen dazu, einen ersten Überblick über Ihr Anliegen zu bekommen und dieses möglichst gut zu verstehen. In den persönlichen Gesprächen mit Ihrer Therapeutin oder Ihrem Therapeuten können Einzelheiten und Fragen dann genauer besprochen werden.

Alle Angaben gehören zu den Therapieunterlagen und sind absolut vertraulich.

Kein Außenstehender (auch nicht nahe Verwandte oder Ihr Hausarzt) erhält ohne Ihre Erlaubnis Zugang zu diesen Unterlagen.

Bitte nehmen Sie sich ausreichend Zeit,
um diesen Fragebogen in Ruhe zu beantworten.

Sollte der Platz zur Beantwortung der Fragen nicht ausreichen,
nutzen Sie bitte die Rückseite oder nehmen Sie ein zusätzliches Blatt.
Sollten Sie einmal eine Frage nicht verstehen oder nicht beantworten können, lassen Sie diese Frage aus. Ihr Therapeut/Ihre Therapeutin wird diese im persönlichen Gespräch ggf. noch einmal mit Ihnen besprechen.

Bitte bringen Sie den ausgefüllten Frageboten zum nächsten Gespräch mit Ihrer Therapeutin/Ihrem Therapeuten mit.

Vielen Dank!

1. ANGABEN ZUR PERSON

Vorname(n):

Name (ggf. Geburtsname):

Geburtsdatum/-ort (ggf. -Land):

Geschlecht ☐ weiblich ☐ männlich

Befinden Sie sich derzeit in ärztlicher oder psychotherapeutischer Behandlung?

Derzeitige ärztliche Behandlungen:

☐ nein ☐ ja

Falls ja: Wann, bei wem, weshalb?

Psychotherapeutische Vorerfahrungen (ambulante Behandlungen, Klinikaufenthalte...)

☐ nein ☐ ja

Falls ja: Wann, bei wem, weshalb, wie lange?
(Bitte Therapieform und ggf. Diagnose, falls bekannt, Jahr, Dauer und ggf. Name des Behandlers/der Klinik und Ort angeben)

Nehmen Sie derzeit Medikamente?

☐ nein ☐ ja

Falls ja: Welche und in welcher Dosierung?

Überweisung / Empfehlung

Wie haben Sie von unserer Einrichtung erfahren?

Bitte bringen Sie zum nächsten Termin mögliche Unterlagen zu Vorbefunden oder Klinikaufenthalten sowie Beipackzettel Ihrer Medikamente mit, danke!

2. IHR ANLIEGEN / ANGABEN ZUM PROBLEM

2.1 Bitte beschreiben Sie Ihr Anliegen oder die wichtigsten Probleme, die Sie zu uns führen:

2.2 Wie lange leiden Sie schon unter diesen Problemen?
Wann traten die Probleme **zum ersten Mal** auf? Wie haben Sie sich entwickelt?

2.3 Gibt es bestimmte Situationen, in denen die Probleme **verstärkt** auftreten?

2.4 Gibt es bestimmte Situationen, in denen die Probleme **nicht oder seltener auftreten**?

2.5 Wie **häufig** leiden Sie unter diesen Problemen?

2.6 Wie stark fühlen Sie sich durch diese Probleme beeinträchtigt?

eher leicht	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6	☐ 7	☐ 8	☐ 9	☐ 10	extrem stark

2.7 Auf welche Bereiche (z.B. Partnerschaft/Familie/Beruf/Freizeit) wirken sich Ihre Probleme aus?
Bitte beschreiben Sie kurz, welche Beeinträchtigungen durch Ihre Probleme bestehen.

2.8 Litten Sie in der Vergangenheit unter weiteren psychischen Belastungen? Bitte beschreiben Sie:

2.9 Eigene Erklärung der Probleme

Welche Vermutungen oder Erklärungen haben Sie selbst über die Ursachen und die Entstehung Ihrer Probleme?

2.10 Bisherige Versuche, das Problem zu lösen

Was haben Sie bisher unternommen, um mit den oben genannten Belastungen besser fertig zu werden?

3. KÖRPERLICHES BEFINDEN

3.1 Leiden Sie derzeit unter einer körperlichen Krankheit? Haben Sie körperliche Beschwerden?

3.2 Litten Sie in der Vergangenheit (etwa in den letzten 10 Jahren) unter besonderen körperlichen Krankheiten?

3.3 Wann ließen Sie sich das letzte Mal gründlich körperlich untersuchen?

4. ANGABEN ZUR LEBENSGESCHICHTE

4.1 Bitte beschreiben Sie wichtige angenehme und unangenehme Ereignisse in Ihrer Lebensgeschichte während der unten angegebenen Lebensabschnitte und die möglichen Zusammenhänge zur heutigen Symptomatik:

0 - 3 Jahre (z.B. Probleme bei der Schwangerschaft, Geburt, Ernährung, frühkindliche Entwicklung, wer hat Sie betreut, wo sind Sie aufgewachsen usw.)

3 – 6 Jahre (z.B. Kindergarten, Umzüge, Bezugspersonenwechsel usw.)

6 – 10 Jahre (z.B. Einschulung, Beziehung zu Lehrern, Mitschülern, Erziehern usw.)

10 - 15 Jahre (z.B. erste sexuelle Erfahrungen, Freundschaften, Pubertätsprobleme usw.)

15 - 20 Jahre (z.B. Schulabschluss, Berufsausbildung, Ablösungsprozesse vom Elternhaus, Einstellung und Beziehung zum anderen Geschlecht usw.)

20 – 25 Jahre (z.B. Partnersuche, Abgrenzungswünsche von den Eltern, die Selbständigkeitsentwicklung usw.)

Ab dem 25. Lebensjahr

4.2 Herkunftsfamilie

Beschreiben Sie bitte kurz Ihre Herkunftsfamilie (Alter, Beruf, Wohnort der Eltern und Geschwister).

Eltern (Geb.jahr, Beruf, Wohnort)
(Falls verstorben, bitte Jahr und Todesursache angeben)

Geschwister (Geb.jahr, Beruf, Wohnort)

4.3 **FAMILIE**: Wie erleben Sie die Atmosphäre in Ihrer Herkunftsfamilie (z.B. harmonisch, angespannt, konfliktvermeidend, durch Streit geprägt, ruhig, hektisch, liebevoll, unpersönlich usw.)?

4.4 Erziehungsstil Ihrer Eltern (Lob, Strafen, Regeln, Zuwendung, Strenge usw.)

4.5 a **IHRE MUTTER:** Beschreiben Sie die Persönlichkeit Ihrer Mutter und Ihre gegenseitige Beziehung während Ihrer Kindheit:

4.5 b Wie würden Sie das derzeitige Verhältnis zu Ihrer Mutter beschreiben?

4.6 a **IHR VATER:** Beschreiben Sie die Persönlichkeit Ihres Vaters und Ihre gegenseitige Beziehung während Ihrer Kindheit:

4.6 b Wie würden Sie das derzeitige Verhältnis zu Ihrem Vater beschreiben?

4.7 **IHRE GESCHWISTER** ***(sofern vorhanden):***
Beschreiben Sie die Beziehung zu Ihren Geschwistern früher und heute:

Name	**Beziehung**
ggf. andere wichtige Bezugspersonen:	**Beziehung**

4.8 Gibt es bestimmte Besonderheiten oder Vorkommnisse in Ihrer Kindheit und Jugend, die für Sie heute noch besonders wichtig sind?

4.9 **Trifft eine der folgenden Erkrankungen auf eines Ihrer Familienmitglieder zu?**

- Seelische Erkrankungen (Wer war betroffen? Welche Erkrankung?):

- Schwere körperliche und/oder chronische Erkrankungen, Behinderungen (Wer war betroffen? Welche Erkrankung?):

- Alkoholismus – Selbstmordversuche (Wer war betroffen? Welche Erkrankung bzw. bei Suizidversuch, welcher Art?):

- Welche Familienmitglieder oder andere Verwandte leiden unter ähnlichen Problemen wie Sie?

5. PARTNERSCHAFT und EIGENE FAMILIE

Partnerschaft

5.1 Wenn Sie aktuell eine Partnerschaft haben oder verheiratet sind: Wie lange kennen Sie sich schon/seit wann leben Sie zusammen/wie lange sind Sie verheiratet?

Name des Partners:	Geb.jahr:	Beruf:	befreundet seit:	verheiratet seit:

Weitere Anmerkungen (z.B. zusammenlebend seit, Trennungsphasen o.ä.):

5.1b Beschreiben Sie bitte kurz das Verhältnis zu Ihrer/m Partner/in.

5.2 **Waren Sie (bereits) einmal verheiratet?** Falls ja, notieren Sie hier bitten den Namen, Geb.jahr Ihres früheren Ehemanns/Ihrer früheren Ehefrau, ggf. den Trennungsgrund sowie die Eckdaten Ihrer Ehe (Beziehungsdauer, ggf. Jahr der Heirat, Jahr der Scheidung):

5.3 Gibt es frühere Beziehungen, die sie heute noch beeinflussen oder eine Rolle spielen? Falls ja, beschreiben Sie:

5.4 **KINDER** Wenn Sie Kinder haben: Wie heißen diese, und wie alt sind sie? Wo leben derzeit Ihre Kinder?

Name des Kindes und Geschlecht:	**Geb.jahr:**	**Anmerkungen** (z.B. aus 1. Ehe, lebt bei … o.ä.)	**Schule/Beruf:**	**Positives:**	**Beziehung:**

5.5 Wünschen Sie sich konkrete Veränderungen mit Blick auf Ihre Partnerschaft oder Familie? Wenn ja, worin bestehen diese?

6. BERUFLICHER WERDEGANG

6.1 Schulischer Werdegang

Bitte listen Sie im Folgenden Ihren bisherigen schulischen Werdegang auf (möglichst mit Zeitangaben).

Welche Schulzweige besuchten Sie (von – bis):

1. 2.

3. 4.

Schulabschluss: Durchschnittsnote:

6.2 Beruflicher Werdegang

Bitte listen Sie im Folgenden Ihren bisherigen Ausbildungs-/beruflichen Werdegang auf (möglichst mit Zeitangaben).

(Falls) Berufsausbildung (von – bis):

Bisherige Arbeitsstellen:

Jetzige Tätigkeit seit:

Sind Sie damit zufrieden?

Veränderungswünsche?

7. FREIZEIT UND AKTUELLE LEBENSSITUATION

7.1 Freizeit und aktuelle Lebenssituation

Wie und ggf. mit wem verbringen Sie gerne Ihre Freizeit?

7.2 Welche Hobbies haben Sie und wie häufig im Monat beschäftigen Sie sich damit?

7.3 Freunde und Bekannte

Haben Sie Bekannte oder Freunde?

Vorname und Geschlecht:	Geb.jahr:	Dauer der Freudschaft:	Gemeinsamkeiten :	Wie häufig treffen Sie sich?

8. INFORMATIONEN ZUR THERAPIE UND THERAPIEPLANUNG

8.1 Gibt es etwas, das es Ihnen schwer macht, Ihre Probleme zu bewältigen (in Ihrem sozialen Umfeld oder Eigenschaften, die typisch für Ihre Person sind)?

8.2 Welches sind Ihre Stärken?

8.3 Welche eigenen Fähigkeiten könnten Ihnen bei der Bewältigung Ihrer Probleme helfen?

8.4 Was oder wer hilft Ihnen bei Problemen?

8.5 Welche Dinge sollten in der Beratung/Therapie besonders berücksichtigt werden?

Ziele der Therapie

Bitte stellen Sie sich vor, die Therapie würde ganz nach Ihren Wünschen und Vorstellungen verlaufen:

8.6 a Was hätte sich in Ihrem Leben konkret geändert?

8.6 b Was möchten Sie am Ende der Beratung/Therapie gerne anders machen?

Herzlichen Dank für das Ausfüllen dieses Fragebogens.
Wenn Ihnen zusätzliche Informationen noch wichtig erscheinen und diese hier nicht erfragt worden sind (z.B. beängstigende Erfahrungen, familiäre Geheimnisse, kriminelle Handlungen, Vorerkrankungen usw.), teilen Sie diese Ihrer Therapeutin/Ihrem Therapeuten mündlich mit. Gerne können Sie hierfür als Gedankenstütze auf einem weiteren Blatt Papier auch ein Stichwort bzw. Stichpunkte notieren.