

Sehr geehrte*r Patient*in

wir freuen uns, Sie bald im Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) Peters & Kollegen begrüßen zu dürfen. Zu Ihrem Erstgespräch mit unseren Psychotherapeut/innen ist es wichtig, dass Sie das beiliegende Starter-Paket (Patienteninformation, Psychotherapie-Vertrag und Anamnese) ausgefüllt mitbringen. Darüber hinaus finden Sie in diesen Unterlagen das „Merkblatt zur ambulanten Psychotherapie“, welches für Sie noch einmal alle wichtigen Informationen zu unserer therapeutischen Behandlung zusammenfasst.

Versuchen Sie so viele Informationen wie möglich einzutragen. In der Familienanamnese werden Informationen abgefragt, die unmittelbar für die Behandlung oder Diagnose wichtig sind. Unsere TherapeutInnen können so im Gespräch auf die Anamnese Bezug nehmen und mehr Zeit in z.B. Aufklärung und Therapie investieren.

Zum Erstgespräch bringen Sie bitte folgendes mit, damit der Termin stattfinden kann:

- Versichertenkarte
- Starter-Paket
- Wenn vorhanden, aktuelle Arztbriefe, Berichte von früheren Therapien

Sie können sich bei Fragen immer telefonisch an uns wenden: 030/42088159

Mit freundlichen Grüßen,

Ihr MVZ-Team

Patienteninformation

A) ZUM DATENSCHUTZ

Sehr geehrte*r Patient*in,

der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns wichtig. Nach der EU-Datenschutzgrundverordnung (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 haben.

1. Verantwortlichkeit für die Datenverarbeitung

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist:

Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) Peters & Kollegen
Irina Peters
Mühlenstraße 17
12247 Berlin

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, Therapievorschläge und Befunde, die wir oder andere Ärzte/Ärztinnen erheben. Zu diesen Zwecken können uns auch andere Ärzte/Ärztinnen oder PsychotherapeutInnen, 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/Ärztinnen / Psychotherapeut*innen, 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.

5. Umgang mit Ihren Daten in der internen/interdisziplinären Zusammenarbeit

Der/die Unterzeichnende erklärt sich mit der Unterschrift ausdrücklich bereit, die Schweigepflicht gemäß §203 StGB und anderen relevanten Vorschriften der Datenschutzgesetze gegenüber den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des MVZ Peters und Kollegen im Rahmen der internen Zusammenarbeit zu entbinden, soweit dies für die ordnungsgemäße Durchführung der medizinischen Behandlung, der Betreuung oder anderer Dienstleistungen erforderlich ist.

6. 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:

Landesamt für Gesundheit und Soziales Berlin
Postfach 31 09 29
10639 Berlin
Tel.: (030) 90229-0

7. 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.

B) ZUR ART DER VERSICHERUNG

Name der Versicherung: _____

Rechnungszahler/in: _____

Rechnungsanschrift: _____

C) BERICHTSPFLICHT NACH EBM 2.1.4 AN DEN HAUSARZT

Bestätigen Sie bitte mit Ihrer Unterschrift die von Ihnen gewünschte Regelung:

- Ich habe keinen Hausarzt.
- Ich werde Sie informieren, wenn ich einen Bericht wünsche.
- Ich wünsche keinen Bericht an den Hausarzt.

D) SCHWEIGEPFLICHTSENTBINDUNG

Hiermit entbinde ich das Medizinische Versorgungszentrum (MVZ) Peters und Kollegen von der Schweigepflicht gegenüber folgender Person(en)/ Einrichtung:

Name

Name

Ich habe alle Informationen zum Datenschutz und zum Besuch des MVZs zur Kenntnis genommen und erkläre mich mit den genannten Bedingungen einverstanden.

Berlin, den _____

Unterschrift _____

Psychotherapie-Vertrag

Nach ausführlicher Information und Aufklärung über die Bedingungen einer ambulanten Psychotherapie wird zwischen den MitarbeiterInnen der Praxis MVZ Peters und Kollegen, nachfolgend **Psychotherapeut*in bzw. Praxis** genannt

und

Frau/Herr _____ geb. am: _____
Adresse: _____
Telefonnummer _____ E-Mail-Adresse: _____

nachfolgend **Patient*in** genannt

die Durchführung einer psychotherapeutischen Behandlung vereinbart.

Die Psychotherapiekosten der ambulanten Psychotherapie sollen gemäß nachfolgender Erklärung des/der Patienten*in abgerechnet werden:





<input type="checkbox"/> Ich bin in der gesetzlichen Krankenversicherung, bei der _____ Ich wünsche eine Behandlung zu Lasten meiner Krankenkasse, die Abrechnung der Leistungen erfolgt über die Kassenärztliche Vereinigung.
<input type="checkbox"/> Ich bin privat versichert bei _____ Die Psychotherapiekosten werden mir durch den/die Psychotherapeuten/in gemäß GOP¹ mit dem 3,5-fachen Satz Rechnung gestellt und durch mich bei meiner o.a. privaten Krankenversicherung abgerechnet.
<input type="checkbox"/> Ich bin beihilfeberechtigt, Beihilfestelle: _____ Die Psychotherapiekosten werden mir durch den/die Psychotherapeuten/in gemäß GOP mit dem 3,5-fachen Satz in Rechnung gestellt und durch mich zu Lasten der o.a. Beihilfe/privaten Krankenversicherung abgerechnet.
<input type="checkbox"/> Ich möchte die Psychotherapiekosten selbst zahlen. Die Psychotherapiekosten werden mir durch den/die Psychotherapeuten/in gemäß GOP mit dem 3,5-fachen Satz in Rechnung gestellt.
<input type="checkbox"/> Die Psychotherapiekosten werden von folgendem Kostenträger übernommen: _____ _____ _____

Ich verpflichte mich, dass ich mich selbst um die Therapiekostenübernahme bemühe:

Unabhängig von der Erstattung durch Dritte (z.B. private Krankenversicherung, Beihilfe, gesetzliche Krankenversicherung bei § 13 Abs. 2² oder 3³ SGB V) schuldet der/die Patient*in das Honorar der Praxis in voller Höhe. Die Rechnungslegung erfolgt bei privaten Versicherten gemäß **GOP mit dem 3,5-fachen Steigerungssatz. Mir ist bekannt, dass die Therapiekosten nicht immer von der Krankenkasse in voller Höhe übernommen werden.** Gesetzlich Versicherte werden gemäß dem aktuell gültigen Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) berechnet.

Zusätzlich vereinbaren Patient*in und Psychotherapeut/in folgendes:

Der/die Patient*in verpflichtet sich, bei Verhinderung einen vereinbarten Behandlungstermin spätestens **24** Stunden vorher abzusagen. Erfolgt die Terminabsage nicht rechtzeitig, wird dem/der Patienten/in **50 %** von dem/der Psychotherapeuten*in zustehendes 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 Patient*in	Unterschrift Psychotherapeut*in

Das Original des Behandlungsvertrages verbleibt in der psychotherapeutischen Praxis. Der/die Patient*in erhält eine Zweitschrift.

Das **Merkblatt zur ambulanten Psychotherapie** habe ich erhalten, gelesen und erkläre mich einverstanden.



Unterschrift Patient/in

- 1 Gebührenordnung der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
- 2 Kostenerstattungsvereinbarung mit der gesetzlichen Krankenkasse gem. § 13 Abs. 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V)
- 3 Kostenerstattung der gesetzlichen Krankenkasse bei selbstbeschaffter Leistung gem. § 13 Abs. 3 SGB V

ANAMNESEBOGEN

DATUM: . .

NAME: _____ ggf. GEBURTSNAME: _____

VORNAME: _____ GEBURTSDATUM .

Derzeitige Lebenssituation

01 Geschlecht

- 01 männlich
 02 weiblich
 03 divers

02 Familienstand

- 01 ledig
 02 verheiratet seit _____ (Jahr)
 03 verwitwet seit _____ (Jahr)
 04 feste Partnerschaft seit _____ (Jahr)
 05 geschieden seit _____ (Jahr)

03 Kinder

- 01 Ich habe keine Kinder.
 02 Ich habe Kinder: _____ (Anzahl); Alter der Kinder: _____

04 Wohnsituation (Mehrfachnennung möglich)

Ich lebe...

- 01 Eigentum (in Wohnung/Haus)
 02 zur Miete (in Wohnung/Haus)
 03 in Wohngemeinschaft (therapeutisch betreut)
 04 in Wohngemeinschaft (privat)
 05 mit Ehe-/Lebenspartner
 06 mit Kind(ern); Alter: _____
 07 Seniorenwohnheim; -pflegeheim
 08 mit Eltern/Schwiegereltern

05 Nationalität

- 01 deutsch
 02 andere: _____

06 Konfession

- 01 keine
 02 evangelisch
 03 katholisch
 88 andere, und zwar: _____

07 Höchster Schulabschluss

- 01 kein Schulabschluss
 02 noch in Schulausbildung
 03 Hauptschulabschluss
 04 Realschulabschluss/Primarschule
 05 Gymnasialschulabschluss
 06 (Fach-)Hochschul-/Universitätsabschluss
 88 anderer Schulabschluss: _____

08 Höchster Berufsabschluss

- 01 keine Berufsausbildung
 02 abgeschlossene
 Berufsausbildung
 03 Meisterprüfung

09 Erlerner Beruf:

10 Derzeitig bzw. zuletzt ausgeübter Beruf:

11 Derzeitige Haupteinkommensquelle (bitte nur eine Antwort)

- | | |
|---|---|
| 01 <input type="radio"/> Arbeitstätigkeit | 05 <input type="radio"/> Unterhalt (Ehe)Partner |
| 02 <input type="radio"/> Rente | 06 <input type="radio"/> Hartz IV/Sozialhilfe |
| 03 <input type="radio"/> Unterstützung durch Eltern | 07 <input type="radio"/> Arbeitslosengeld |
| 04 <input type="radio"/> BaföG (u.a.) | 88 <input type="radio"/> sonstiges: |

12 Arbeitsunfähigkeit (AU)

- 01 Sind Sie aktuell arbeitsunfähig krankgeschrieben? nein ja, seit _____ Wochen
 02 Haben Sie einen Antrag auf Erwerbsunfähigkeitsrente gestellt? nein ja
 03 Besteht aktuell diesbezüglich ein Sozialgerichtsverfahren? nein ja
 04 Waren Sie im Laufe der vergangenen 12 Monate länger- nein ja, _____ Wochen
 fristig krankgeschrieben?

Familiengeschichte

13 Eltern

01 Geburtsjahr der Mutter: _____
 Beruf der Mutter während meiner Kindheit:

02 Geburtsjahr des Vaters: _____
 Beruf des Vaters während meiner Kindheit:

14 Hat ein Mitglied Ihrer Herkunftsfamilie an psychischen Problemen wie Ängsten, Depressionen, Alkoholproblemen, Epilepsie, Psychosen, Schizophrenie, manisch-depressiven Erkrankungen o.a. gelitten?

01 nein

02 ja; bitte angeben, wer unter welchen psychischen Problemen litt/leidet:

15 Geschwister

01 keine Geschwister

02 Anzahl der leiblichen Geschwister: _____

03 Anzahl anderer Geschwister (Halb-, Stief-, Adoptiv-, Pflegegeschwister): _____

16 Waren Sie als Kind/Jugendliche(r) häufiger krank als andere Kinder/Jugendliche?

01 nein

02 ja, Krankheiten:

17 Tod von Angehörigen/wichtigen Bezugspersonen (Partner/in, Mutter, Vater, Geschwister, andere)

Wer? _____ Jahr _____ Wer? _____ Jahr _____

Wer? _____ Jahr _____ Wer? _____ Jahr _____

Beschwerden und Vorbehandlungen

18 Bitte schildern Sie Ihre Beschwerden, derentwegen Sie zu uns gekommen sind, und seit wann Sie darunter leiden:

Beschwerde/Problem:

Seit:

19 Wie stark fühlen Sie sich zurzeit insgesamt durch Ihre Probleme belastet?

- 01 gar nicht 02 wenig 03 mittelmäßig 04 stark 05 sehr stark

20 In welchen Lebensbereichen fühlen Sie sich besonders beeinträchtigt? (mehrere Antworten möglich)

- | | |
|--|---|
| 01 <input type="radio"/> Paarbeziehung | 05 <input type="radio"/> allgemeiner Bewegungsspielraum |
| 02 <input type="radio"/> Familiensituation | 06 <input type="radio"/> körperliche Gesundheit |
| 03 <input type="radio"/> Berufsausübung | 07 <input type="radio"/> Freizeitbereich |
| 04 <input type="radio"/> finanzielle Situation | 08 <input type="radio"/> Kontakt zu anderen Menschen |
| 09 <input type="radio"/> sonstige Bereiche: | |

21 Sind Sie jemals wegen psychischer Probleme (z.B. Depressionen, Ängste, Zwänge) behandelt worden?

- 01 nein
 02 ja, geben Sie bitte Anlass, Zeitpunkt und Art der Behandlung an:

22 Haben Sie zurzeit ernsthafte Probleme mit Ihrer körperlichen Gesundheit, oder sind bei Ihnen körperliche Krankheiten bekannt?

- 01 nein
 02 ja, welcher Art sind diese körperlichen Gesundheitsprobleme?

25 Bitte geben Sie Ihre wichtigsten Kontaktadressen an!

Krankenkasse:

Name	Straße	Telefon
_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> gesetzliche Krankenkasse	PLZ/Ort	Fax
<input type="checkbox"/> private Krankenkasse	_____	_____

Hausarzt/-ärztin:

Name	Straße	Telefon
_____	_____	_____
	PLZ/Ort	Fax
	_____	_____

Nervenarzt/-ärztin bzw. Psychiater/-in:

Name	Straße	Telefon
_____	_____	_____
	PLZ/Ort	Fax
	_____	_____

Sonstige Ärzte/Therapeuten:

Name	Straße	Telefon
_____	_____	_____
	PLZ/Ort	Fax
	_____	_____

26 Im Folgenden finden Sie eine Reihe von Fragen zu verschiedenen psychischen Beschwerden. Bitte beantworten Sie alle Fragen, auch wenn Sie in den jeweiligen Bereichen keinerlei Schwierigkeiten haben.

1. Gab es im jemals eine Zeitspanne, in der Sie sich fast jeden Tag durchgängig sehr **niedergeschlagen, traurig oder hoffnungslos** fühlten?
 nein ja
2. Gab es jemals Zeiten, in denen Sie das **Interesse an Dingen und Aktivitäten verloren** haben, die Ihnen sonst Freude machten?
 nein ja
3. Gab es jemals eine Zeit, in der sie sich **übermäßig gut oder euphorisch** fühlten, evtl. so dass andere dachten, es wäre etwas nicht in Ordnung?
 nein ja
4. Hatten Sie jemals einen **Angstanfall**, bei dem Sie ganz plötzlich in panischen Schrecken gerieten oder panische Angst hatten, ohne dass tatsächlich eine Gefahr für Ihr Leben oder das Leben anderer bestand?
 nein ja
5. Gibt es **Situationen oder Objekte**, die sie besonders **fürchten** oder die Sie wegen Angstgefühlen meiden, z.B. Aufzug fahren, enge Räume, Menschenmengen, öffentliche Verkehrsmittel, Tunnel, Brücken, Hunde oder Spinnen?
 nein ja, welche Situationen/ Objekte? _____
6. Haben oder hatten Sie schon einmal **Angst** davor oder war es Ihnen sehr unangenehm, in Gegenwart anderer Menschen zu **sprechen, zu essen oder zu schreiben**?
 nein ja, welche Situationen? _____
7. Waren Sie irgendwann einmal **monatelang sehr ängstlich** oder besonders **nervös** oder machten sich viele **Sorgen** um Dinge, die schief gehen könnten?
 nein ja, worum ging es dabei? _____
8. Haben Sie schon einmal ein extrem belastendes, lebensbedrohliches oder **traumatisches Ereignis** erlebt, wie z.B. eine ernsthafte Bedrohung des eigenen Lebens oder des Lebens von Menschen, die Ihnen nahe standen, eine Vergewaltigung, andere Gewalttaten, der plötzliche Verlust Ihres Zuhauses?
 nein ja, welches Ereignis? _____
9. Leiden Sie unter **sexuellen Problemen** (z.B. Schmerzen beim Geschlechtsverkehr, fehlende Erregung, vorzeitige Ejakulation, o.Ä.)?
 nein ja

10. Haben Sie sich jemals durch Schneiden, Brennen, Ritzen, etc. absichtlich **selbst verletzt**?
 nein ja
11. Ist es schon einmal vorgekommen, dass Sie bestimmte Dinge immer wieder tun mussten und nicht damit aufhören konnten, z.B. **Hände waschen, Fenster und Türen kontrollieren**?
 nein ja, welche Dinge? _____
12. Haben Sie jemals unter **Gedanken gelitten, die unsinnig** waren oder immer **wiederkehrten**, auch wenn Sie es gar nicht wollten?
 nein ja, welche Gedanken? _____
13. Gab es jemals eine Zeit in Ihrem Leben, in der Sie 5 oder mehr Gläser **Alkohol** getrunken haben (Bier, Wein oder Likör)?
 nein ja
14. Hatten Sie jemals Probleme mit **Alkoholkonsum** oder haben andere das jemals behauptet?
 nein ja
15. Haben Sie jemals **Medikamente oder Drogen** vorübergehend oder über längere Zeit eingenommen, um besser schlafen zu können, Gewicht zu verlieren oder Ihre Stimmung zu verbessern?
 nein ja
16. Leiden Sie unter **chronischen Schmerzen** (> 6 Monate), die Sie in Ihrer Lebensqualität deutlich beeinträchtigen?
 nein ja
17. Mussten Sie **häufig zum Arzt** gehen, weil Sie Beschwerden hatten oder sich nicht wohl fühlten?
 nein ja
18. Machten Sie sich viele Sorgen um Ihre Gesundheit oder hatten Sie oft **Angst, ernsthaft krank zu sein**?
 nein ja
19. Sind Sie sich schon einmal **bedroht oder verfolgt** vorgekommen von anderen Personen oder Organisationen?
 nein ja
20. Waren Sie jemals davon überzeugt, dass irgendjemand oder irgendeine **Kraft oder Macht** von außen Ihre Gedanken oder Handlungen gegen Ihren Willen **beeinflusste oder steuerte**?
 nein ja

21. Haben Sie jemals Dinge gehört (oder gesehen), die andere Leute nicht hören (oder sehen) konnten, wie z.B. Geräusche oder **Stimmen** von Menschen?
 nein ja
22. Gab es jemals eine Zeitspanne, in der Sie **untergewichtig** waren oder andere Sie für untergewichtig hielten?
 nein ja
23. Hatten Sie schon einmal **Essanfälle**, bei denen Sie innerhalb kurzer Zeit eine ungewöhnlich große Menge von Nahrung zu sich nahmen?
 nein ja, wie oft in den letzten 3 Monaten? _____
24. Fällt es Ihnen häufig schwer, längere Zeit konzentriert bei einer Sache zu bleiben, oder machen Sie häufig Flüchtigkeitsfehler oder bringen Dinge nicht zu Ende?
 nein ja
25. Gab es jemals erheblich Probleme mit Ihrem Gedächtnis oder dem Konzentrationsvermögen?
 nein ja

VIELEN DANK FÜR IHRE MITARBEIT!