



Anmeldebogen zum psychologischen Erstgespräch

Der Fragebogen enthält Fragen zu Ihrer persönlichen Lebenssituation und den Problembereichen, weswegen Sie sich entschieden haben eine Therapie zu beginnen. Alle Angaben werden streng vertraulich behandelt und unterliegen der Schweigepflicht. Zum Schutz von sensiblen personenbezogenen Daten empfehlen wir generell eine Rücksendung per Post. Sie können sich jedoch freiwillig dafür entscheiden, per E-Mail Kontakt aufzunehmen.

Angaben zu Ihrer Person: *Pflichtfelder zur Anmeldung

*Name, *Vorname, *Telefonnummer:

*Geschlecht: ☐ männlich ☐ weiblich ☐ divers

*Geburtsdatum _____ *Anschrift _____

Aktueller (erlernter) Beruf: _____

Erwerbstätigkeit: ☐ Vollzeit ☐ Teilzeit ☐ Arbeitssuchend ☐ AU ☐ Berentet

Name Ihres Hausarztes: _____

Name Ihrer Krankenkasse: _____

*Bitte beschreiben kurz weswegen Sie eine Therapie aufnehmen möchten:

Schließen Sie Gruppentherapie grundsätzlich aus? ☐ ja ☐ nein

Schließen Sie Therapiebegleitung von Studierenden grundsätzlich aus? ☐ ja ☐ nein

*Bitte kreuzen Sie die Zeiten an, an denen Sie Termine zuverlässig 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
Samstag	von	bis	von	bis



Patienteninformation zum Datenschutz

Mit den folgenden Hinweisen möchten wir Sie allgemein über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch uns informieren. Zusätzlich erhalten Sie einen Überblick über Ihre Rechte aus den Datenschutzgesetzen.

1. Verantwortliche Stelle

Psychotherapeutische Praxis Carl Becker (Kontaktdaten siehe unten)

2. Zweck der Verarbeitung und Rechtsgrundlagen

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem Psychotherapeuten und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen.

Hierzu verarbeite ich Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen (Erfragung der Vorgeschichte der Symptomatik), Diagnosen, Therapievorschläge und Befunde, die ich oder andere Ärzte oder Psychotherapeuten erheben. Zu diesen Zwecken können mir auch andere Ärzte oder Psychotherapeuten, bei denen Sie in Behandlung sind oder waren, 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.

Zudem haben Sie die Möglichkeit, zur Optimierung der Behandlung an Audio- oder Videoaufzeichnungen teilzunehmen. Hierfür erbitten wir als Rechtsgrundlage Ihre Einwilligung. Die Einwilligung ist freiwillig und Sie können sie jederzeit widerrufen; ein Nachteil entsteht Ihnen dadurch nicht. Alle Audio- oder Videoaufzeichnungen werden unverzüglich nach Abschluss der Therapie gelöscht.

Die personenbezogenen Daten können in anonymisierter Form auch zur Wahrung der Qualitätsstandards und zu wissenschaftlichen Forschungszwecken und Studien verarbeitet werden. Rechtsgrundlage hierfür ist Artikel 9 Absatz 2 lit. j DSGVO in Verbindung mit Paragraf 22 Abs. 1 Nr. 1 lit. c Bundesdatenschutzgesetz.

3. Empfänger Ihrer Daten

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben.

Ihre 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, beispielsweise an Gutachter.

Ich habe spezialisierte Dienstleister beauftragt, mich zu unterstützen, dazu zählen beispielsweise Softwareanbieter, Systemadministratoren und Rechenzentrumsbetreiber. Diese haben, nur soweit für die Erbringung der Dienstleistungen unbedingt erforderlich, Zugriff auf personenbezogene Daten.

4. Speicherung Ihrer Daten

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur so lange auf, wie dies für die Durchführung der Behandlung erforderlich ist.

Die im Anmeldebogen zum psychologischen Erstgespräch enthaltenen personenbezogenen Daten werden für die Dauer von sechs Monaten gespeichert. Sollte innerhalb dieses Zeitraums keine Terminvereinbarung erfolgen, werden die Daten datenschutzkonform zum Ende des darauffolgenden Quartals gelöscht.

Kommt es zu einer Therapie, gelten die gesetzlichen Aufbewahrungsfristen für Behandlungsdokumentationen. In diesem Fall bin ich verpflichtet, Ihre Behandlungsunterlagen für mindestens zehn Jahre nach Abschluss der Therapie aufzubewahren (§ 630f Abs. 3 BGB, § 10 Abs. 3 BO-Psych). Nach Ablauf dieser Frist wird ein zusätzliches Pufferjahr eingehalten, bevor die Unterlagen datenschutzkonform vernichtet werden. Dies erfolgt durch eine datenschutzkonforme Vernichtung gemäß den für sensible personenbezogene Daten empfohlenen Standards.

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.

6. Kontaktdaten:

Psychotherapeutische Praxis, Carl Becker, Wintergrünstr. 5, 52159 Roetgen,
Telefon: 0157 558 073 52, E-Mail: kontakt [at] cbtherapie [dot] de

Ich habe die Patienteninformation zum Datenschutz zur Kenntnis genommen.

Datum: _____

Unterschrift: _____



Optionale vertiefende Angaben - Symptom Checkliste:

Stimmung & Emotionen

- ☐ Gedrückte Stimmung
- ☐ Interessenverlust, Freudlosigkeit
- ☐ Verminderter Antrieb
- ☐ Vermindertes Selbstwertgefühl
- ☐ Schuldgefühle
- ☐ Pessimistischer Blick in die Zukunft
- ☐ Gefühl der inneren Leere
- ☐ Schnell wechselnde Stimmungen
- ☐ Suizidgedanken
- ☐ Vergangener Suizidversuch, wann:

Ängste & Zwänge

- ☐ Ängste und Panikattacken
- ☐ Zwänge (ordnen/zählen/waschen)

Vergangenheit & Trauma

- ☐ Traumatische Erinnerungen
- ☐ Instabile zwischenmenschliche Beziehungen

Schlaf & Essen

- ☐ Schlafstörungen
- ☐ Alpträume
- ☐ Veränderung des Appetits
- ☐ Sorgen ums Gewicht
- ☐ Essanfälle

Körperliche Beschwerden

- ☐ Chronische Schmerzen
- ☐ Erhöhte Ermüdbarkeit

Sonstiges

- ☐ Andere Beschwerden:

Verhalten (bitte kurz beschreiben)

- ☐ Impulsives Verhalten

- ☐ Gewalt gegen andere

- ☐ Selbstverletzung

- ☐ Wutausbrüche

Sucht & Abhängigkeit

- ☐ Alkohol: Häufigkeit/Menge:

- ☐ Zigaretten/Nikotin: Häufigkeit/Menge:

- ☐ Drogen: Art/Häufigkeit/Menge:

- ☐ Medikamente: Art/Häufigkeit/Menge:

- ☐ Andere Abhängigkeiten: z. B. Soziale Medien, Videospiele, Shopping, Glücksspiel: Art/Häufigkeit/Menge:



Optionale vertiefende Angaben - weiterführende Fragen:

Welche Erklärung haben Sie selbst für Ihre Beschwerden?

Stellen Sie sich vor, Sie könnten Punkte auf mögliche Ursachen Ihrer Beschwerden verteilen. Wie viele Punkte würden Sie den unterschiedlichen Faktoren (z. B. Lebensumstände, eigenes Verhalten, Verhalten anderer, etc.) zuzuordnen?

Wann sind die Beschwerden erstmals aufgetreten und wie haben sich diese entwickelt?
Gab es beschwerdefreie Phasen?

Gibt es körperliche Erkrankungen, die aus Ihrer Sicht Ihre psychischen Beschwerden beeinflussen?

Gibt es bekannte psychische Erkrankungen bei nahen Verwandten? Wenn ja, welche?

Haben Sie bereits psychotherapeutische Behandlungen für die aktuelle Symptomatik erhalten? Bitte geben Sie – soweit rememberlich – an: Jahr, Dauer, Therapieform, Wirkung.



Aktuell Medikamente: Seit wann, verordnet/nicht verordnet, Name, Dosierung, Wirkung

Wie würde sich eine erfolgreiche Behandlung auf Ihre Lebensbereiche auswirken?

Welche Maßnahmen haben Sie bisher ergriffen, um sich zu helfen?

Aus Ihrer Sicht, was möchten Sie lernen oder müssten Sie wieder üben?

Gibt es bestimmte Themen oder Fragen, zu denen Sie mehr Klarheit erlangen möchten?

Welche Personen außer Ihnen würden von einem Therapieerfolg profitieren?

Welche Personen oder Strukturen unterstützen Sie bei den aktuellen Belastungen?

Gibt es etwas in Ihrer Vorstellung, das wie von selbst eine Veränderung bewirken könnte?
