

**Michael Kleinrensing**

Gerhart-Hauptmann-Straße 84 · 47058 Duisburg

Telefon: (0203) 284241 · Fax: (0203) 2980306

E-Mail: m.kleinrensing@gmx.de · <http://www.kleinrensing.de>

**Anmeldefragebogen**

**Bitte melden Sie sich möglichst MONTAGS zwischen 7.30 und 8.20 Uhr, DIENSTAGS oder DONNERSTAGS zwischen 12.45 und 13.10 Uhr telefonisch zwecks weiterer Absprachen.**

**A Persönliche Angaben**

Name: ..... Vorname: .....

Geburtsdatum: ..... Familienstand: ..... Kinderzahl: .....

PLZ, Ort: ..... Straße: .....

Telefon (privat): ..... Nationalität: .....

Telefax: ..... Telefon (dienstlich): .....

E-Mail: ..... Mobiltelefon: .....

Schulabschluss: ..... Berufsabschluss: .....

Ausgeübter Beruf: .....

Krankenkasse: ..... Mitgliedsnummer: .....

PLZ, Ort: ..... Straße: .....

Hausarzt: ..... Facharzt für: .....

PLZ, Ort: ..... Straße: .....

Telefon: .....

**B Angaben zu Ihren Beschwerden**

1.) Ihre derzeitigen Beschwerden:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

2.) Seit wann bestehen diese Beschwerden ungefähr?

.....  
.....

3.) Wie oft treten diese Beschwerden auf, wie stark sind sie, wie lange halten sie an?

.....  
.....  
.....

4.) Welche Ereignisse oder Umstellungen in Ihrem Leben gingen den Beschwerden voraus?

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

5.) Welche Behandlungen wurden bereits durchgeführt?

(Psychotherapeuten, Ärzte, Kliniken - bitte Namen und Zeitraum angeben)

.....  
.....  
.....

6.) Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit ein?

.....  
.....

7.) Was erwarten Sie von einer Psychotherapie?

.....  
.....  
.....

8.) Sonstige wichtige Bemerkungen, die für die Behandlung von Bedeutung sein könnten?

.....  
.....  
.....

9.) Wie sind Sie auf meine Praxis aufmerksam geworden? (Gelbe Seiten, Internet etc.)

.....

### C Organisatorisches zur Terminvergabe

Kreuzen Sie bitte alle möglichen Termine, an denen Sie in der Regel können, an. Je **flexibler** Sie sind, desto größer ist Ihre **Chance**, einen Erstgesprächstermin zu bekommen.

Tag / Uhrzeit	8.30	9.00	9.30	10.00	10.30	11.00	11.30	12.00	12.30	13.00	13.30	14.00	14.30	15.00	15.30	16.00	16.30	17.00	17.30	18.00
<input type="checkbox"/> Mo.																				
<input type="checkbox"/> Di.																				
<input type="checkbox"/> Mi.																				
<input type="checkbox"/> Do.																				
<input type="checkbox"/> Fr.																				
<input type="checkbox"/> <b>Unterschiedliche Zeiten:</b> (z.B. Wechselschicht)																				
<b>Bitte für mindestens die nächsten 3 Wochen gesonderten Terminplan beilegen.</b>																				

**Bitte bringen Sie Ihre Chipkarte zum Erstgespräch mit.**

**Vereinbarte Termine müssen mindestens zwei Werktage vorher abgesagt werden, ansonsten werden die Termine mit 60,00 € in Rechnung gestellt.**

Ort, Datum: ..... Unterschrift: .....

## **Was ist Psychotherapie?**

Psychotherapie ist eine Behandlung von psychischen („seelischen“) Erkrankungen mithilfe von wissenschaftlich anerkannten Verfahren, Methoden und Techniken. Psychische Erkrankungen können das Erleben, das Verhalten sowie das geistige und körperliche Wohlbefinden stark beeinträchtigen und mit Leid, Angst, Verunsicherung und Einschränkungen der Lebensqualität einhergehen. Eine Psychotherapie ist dann ratsam, wenn psychische Probleme nicht mehr allein oder mit Hilfe der Familie oder von Freunden gelöst werden können, zu Krankheitserscheinungen führen und die alltäglichen Anforderungen des Lebens nicht mehr bewältigt werden können.

Vor Beginn einer Psychotherapie ist eine Abklärung („Konsiliarbericht“) durch eine Ärztin oder einen Arzt zur Frage notwendig, ob körperliche Ursachen für die psychische Erkrankung verantwortlich oder mitverantwortlich sein können.

Die psychotherapeutische Behandlung bei mir erfolgt über das persönliche Gespräch, das durch spezielle Methoden und Techniken ergänzt werden kann (z.B. Mitteilung von Gedanken und Gefühlen, konkrete Aufgaben, um z.B. Ängste zu bewältigen).

## **Wie funktioniert eine Psychotherapie?**

Die psychotherapeutische Behandlung hilft seelisches Leid und seelische Krankheit durch das Gespräch mit einer Therapeutin oder einem Therapeuten mit spezieller Ausbildung zur Behandlung psychischer Erkrankungen zu lindern oder zu bessern.

Eine wesentliche Bedingung für das Gelingen jeder Psychotherapie ist eine vertrauensvolle Beziehung zwischen Patientin oder Patient und Therapeutin oder Therapeut sowie eine Klärung, ob mein Psychotherapieverfahren den Erwartungen der Patientin oder des Patienten entgegenkommt. Auf dieser Grundlage bietet Psychotherapie die Möglichkeit, in einem geschützten Rahmen das eigene Erleben und Verhalten sowie Beziehungserfahrungen zu besprechen, zu erleben und zu überdenken und infolge dessen Veränderungen auszuprobieren und herbeizuführen.

## **Wer übernimmt die Kosten für eine Psychotherapie?**

Die gesetzlichen Krankenkassen übernehmen die Kosten für eine Psychotherapie, wenn diese zur Behandlung einer psychischen Erkrankung notwendig ist. Ambulante Psychotherapie ist eine zuzahlungsfreie Leistung. Eine Überweisung ist nicht erforderlich, die Vorlage der elektronischen Gesundheitskarte ist ausreichend. Einen Wechsel der Krankenversicherung muss die Patientin oder der Patient der Therapeutin oder dem Therapeuten zeitnah mitteilen. Im Erstgespräch (Psychotherapeutische Sprechstunde) klärt die Patientin oder der Patient mit der Therapeutin oder dem Therapeuten, ob eine Psychotherapie oder eine andere Maßnahme für die individuelle Problemlage geeignet ist. Eine reine Erziehungs-, Ehe-, Lebens- oder Sexualberatung ist keine Psychotherapie und wird von den gesetzlichen Krankenkassen nicht übernommen. Diese Maßnahmen werden von entsprechenden Beratungsstellen, in der Regel kostenfrei, angeboten.

Falls Sie privat versichert oder beihilfeberechtigt sind, müssen Sie vorab mit Ihrer Krankenversicherung klären, inwieweit die Kosten übernommen werden.

## **Wie beantrage ich eine Psychotherapie?**

Nach dem Erstgespräch („Sprechstunde“) und vor Beginn einer Psychotherapie finden zwei Probegespräche, sogenannte probatorische Sitzungen, statt. Hierbei prüfen Patientin oder Patient und Therapeutin oder Therapeut, ob die „Chemie“ zwischen ihnen stimmt und eine vertrauensvolle Beziehung aufgebaut werden kann. Die Therapeutin oder der Therapeut erklärt die Vorgehensweise. Therapieziele, Behandlungsplan und voraussichtliche Therapiedauer werden gemeinsam besprochen und festgelegt. Entscheiden sich Patientin oder Patient und Therapeutin oder Therapeut für eine Psychotherapie, stellt die Patientin oder der Patient bei ihrer oder seiner Krankenkasse einen Antrag auf Übernahme der Kosten.

## **Verhaltenstherapie**

Die Verhaltenstherapie geht davon aus, dass psychische Beschwerden das Ergebnis von bewussten und nicht-bewussten Lernprozessen sind. Zu Beginn der Behandlung wird gemeinsam mit dem Patienten erarbeitet, welche Bedingungen seiner Lebensgeschichte und seiner aktuellen Lebenssituation zur Entstehung und Aufrechterhaltung der psychischen Symptomatik beigetragen haben und weiter wirksam sind. Auf dieser Grundlage werden gemeinsam die Therapieziele und der Behandlungsplan festgelegt. In der Verhaltenstherapie wird der Patient zur aktiven Veränderung seines Handelns, Denkens und Fühlens motiviert und angeleitet. Dabei werden die bereits vorhandenen Stärken und Fähigkeiten herausgearbeitet und für den Veränderungsprozess nutzbar gemacht.

## **Datenschutz**

Der Schutz Ihrer Daten wird in besonderer Weise gewährleistet. Ohne Ihre ausdrückliche und schriftliche Zustimmung werden niemals personenbezogene Daten nach außen weitergegeben.

en weitergegeben

# PATIENTENINFORMATION ZUM DATENSCHUTZ

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist mir wichtig. Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) bin ich verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck meine Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet. Der Information können Sie auch entnehmen, welche Rechte Sie in puncto Datenschutz haben.

## 1. VERANTWORTLICHKEIT FÜR DIE DATENVERARBEITUNG

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist:

**Praxisname:** Psychotherapeutische Praxis Michael Kleinrensing

**Adresse:** Gerhart-Hauptmann-Straße 84, 47058 Duisburg

**Telefon:** 0203/284241

**E-Mail:** m.kleinrensing@gmx.de

## 2. ZWECK DER DATENVERARBEITUNG

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, Diagnosen, Therapieempfehlungen und Befunde, die ich oder andere Ärzte erheben. Zu diesen Zwecken können mir auch andere Ärzte oder Psychotherapeuten, bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen (z.B. in Arztbriefen).

Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann eine sorgfältige Behandlung nicht erfolgen.

## 3. EMPFÄNGER IHRER DATEN

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

Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem andere Ärzte / Psychotherapeuten, Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, Ärztekammern und privatärztliche Verrechnungsstellen sein.

Die Übermittlung erfolgt überwiegend zum Zwecke der Abrechnung der bei Ihnen erbrachten Leistungen, zur Klärung von medizinischen und sich aus Ihrem Versicherungsverhältnis ergebenden Fragen. Im Einzelfall erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechnete Empfänger.

## 4. SPEICHERUNG IHRER DATEN

Ich bewahre Ihre personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies für die Durchführung der Behandlung erforderlich ist.

Aufgrund rechtlicher Vorgaben bin ich dazu verpflichtet, diese Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren. Nach anderen Vorschriften können sich längere Aufbewahrungsfristen ergeben, zum Beispiel 30 Jahre bei Röntgenaufzeichnungen laut Paragraph 28 Absatz 3 der Röntgenverordnung.

## 5. IHRE RECHTE

Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten. Auch können Sie die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen.

Darüber hinaus steht Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf Löschung von Daten, das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit zu.

Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf Basis von gesetzlichen Regelungen. Nur in Ausnahmefällen benötige ich 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:

**Name:** Die Landesbeauftragte für den Datenschutz Nordrhein-Westfalen

**Anschrift:** Kavalleriestraße 2-4, 40213 Düsseldorf

**Telefon:** 0211/384240

## 6. RECHTLICHE GRUNDLAGEN

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