



## **Kurzfragebogen**

Datum beim Ausfüllen:	Eingang Praxis (bitte frei lassen):
Name:	Vorname:
Geburtsdatum:	Familienstand:                      Kinderzahl:
Plz, Ort:	Straße:
Telefon privat:	Telefon dienstl.:
Handy:	Email:
Schulabschluss:	Berufsabschluss:
Ausgeübter Beruf:	Arbeitslos seit:

Hausarzt:	Facharzt für:
Plz, Ort:	Straße:
Telefon:	Fax:
Krankenversicherung:	
Empfehlung durch:	

1.) Ihre derzeitigen Beschwerden sind?

2.) Seit wann bestehen die 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 oder werden deswegen bereits durchgeführt?  
(Psychotherapeuten, Ärzte, Kliniken – bitte Namen und Zeitraum angeben)

6.) Zurzeit eingenommene Medikamente?

7.) Welche Ziele möchten Sie mit einer Psychotherapie erreichen?

8.) Sonstige wichtige Bemerkungen / Informationen, die für die Behandlung von Bedeutung sind:

9.) Wann können Sie am besten? Bitte kreuzen Sie passende Felder an:

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
Vormittag					
Nachmittag					
Abend					

10.) Ich gestatte die Kontaktaufnahme mit mir über folgende Medien (ankreuzen):  
**Telefon:** ja / nein      **SMS:** ja / nein      **E-Mail:** ja / nein  
**Messenger:** ja / nein      **Messenger (Welcher?):** \_\_\_\_\_  
 Die Zustimmung kann von Ihnen jederzeit schriftlich widerrufen werden.

Ich habe die Vereinbarungen des Kurzfragebogens inkl. des Merkblatts und die Patienteninformation zum Datenschutz zur Kenntnis genommen und bin damit einverstanden.

.....  
**Ort, Datum**

.....  
**Unterschrift**

### **Vereinbarungen / Merkblatt**

Ein paar Regeln, welche die Zusammenarbeit erleichtern:

1. Sollten Sie einmal verhindert sein: Bitte sagen Sie Termine mindestens 24 h vorher ab! Ausfalltermine ohne vorhergehende Absage werden Ihnen in Rechnung gestellt (Ausfallhonorar: 100 € pro Sitzung), es sei denn, dass höhere Gewalt Sie an der Absage des Termins gehindert hat. Das Ausfallhonorar bekommen Sie nicht von Ihrer Krankenkasse ersetzt.
2. Fehlen Sie zweimal in Folge ohne Absage der Termine, dann gilt die Therapie als beendet und Ihr Therapieplatz wird an einen anderen Patienten vergeben. Eine erneute Aufnahme der Therapie ist nach Rücksprache mit mir möglich.
3. Bitte kommen Sie pünktlich zur Sitzung. Kommen Sie zu spät, verlieren Sie von einer Sitzung wertvolle Zeit. Therapiestunden werden nicht überzogen, da andere Patienten ebenfalls pünktlich beginnen wollen. Optimal ist es, wenn Sie ca. 5 Minuten vor Beginn einer Sitzung in die Praxis kommen.
4. Nehmen Sie sich vor und nach einer Therapiestunde Zeit und hetzen Sie nicht direkt zum nächsten Termin. Sie haben dann mehr von der Therapiestunde. Psychotherapie braucht Zeit, um (nach)wirken zu können.
5. Es kann sein, dass eine Therapiestunde sie gefühlsmäßig und gedanklich bewegt. Setzen Sie sich dann nicht direkt in das Auto oder auf das Motorrad, Fahrrad, etc., sondern gönnen Sie sich mindestens 30 Minuten Zeit, um Abstand zu gewinnen. Machen Sie einen kleinen Spaziergang und widmen Sie sich erst dann wieder Ihrem Alltag.
6. In der Praxis herrscht absolutes Rauch- und Alkoholverbot. Das Verbot gilt für alle Arten von Rauschmitteln.
7. Die Praxis wird wöchentlich von einer Raumpflegerin gründlich gereinigt. Sollten Sie trotzdem Grund zur Beschwerde haben, wenden Sie sich sofort an mich. Bitte tragen Sie durch Ihr Verhalten dazu bei, dass sich die Praxis in einem sauberen Zustand befindet. Ich möchte, dass sich alle in der Praxis wohl fühlen können.
8. Sollte sich Ihr Zustand krisenhaft verschlechtern, dann wenden Sie sich an die Praxis, oder an den ärztlichen Notdienst, oder Ihren Hausarzt / Facharzt. Lassen Sie sich von Angehörigen und Freunden helfen. Sollten Sie mich nicht direkt erreichen können, so hinterlassen Sie auf jeden Fall eine Nachricht auf dem Anrufbeantworter. Ich rufe schnellstmöglich zurück.
9. Um eine Psychotherapie über Ihre Krankenkasse finanziert zu bekommen ist Ihre aktive Mitwirkung erforderlich. Sie müssen in der Regel einen weiteren Arzt Ihres Vertrauens für die Erstellung eines sog. Konsiliarberichts konsultieren. Dieser Bericht dient der Feststellung ob körperliche Erkrankungen vorliegen, die für die geplante Psychotherapie berücksichtigt werden müssen. Ohne den Bericht kann eine Psychotherapie nicht beantragt werden. Bringen Sie diesen Bericht nicht zeitnah (spätestens 4 Wochen nach Beauftragung durch mich) bei, so fallen die bis dahin entstandenen Therapiekosten Ihnen persönlich zu (Privatrechnung) und werden von Ihrer Kasse nicht nachträglich bezahlt. Bitte kümmern Sie sich sofort darum, damit der Antrag zügig bei Ihrer Kasse eingereicht werden kann.
10. Es ist mein vorderes Interesse, dass Sie sich als Patient / Patientin in der Praxis wohl fühlen. Wenn Sie etwas stört, sprechen Sie es direkt an. Wir finden sicher eine Lösung für das jeweilige Problem.

Vielen Dank für Ihr Verständnis. Ihr Therapeut.

## **PATIENTENINFORMATION ZUM DATENSCHUTZ**

PRAXIS FÜR PSYCHOTHERAPIE, SUPERVISION UND COACHING

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns wichtig. Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (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 in puncto Datenschutz haben.

### **1. VERANTWORTLICHKEIT FÜR DIE DATENVERARBEITUNG**

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist: Dipl.-Psych. Volker Schlaak

Praxisname: Praxis für Psychotherapie, Supervision und Coaching

Adresse: Funkenburgstr. 17, 04105 Leipzig

Kontakt Daten: 0341-2259531, info@praxis-schlaak.de

### **2. ZWECK DER DATENVERARBEITUNG**

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

Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapieansätze und Befunde, die wir oder andere Ärzte erheben. Zu diesen Zwecken können uns 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**

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 / 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**

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. 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 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:

Der Sächsische Datenschutzbeauftragte

Anschrift: Bernhard-von-Lindenau-Platz 1, 01067 Dresden

Postfach 12 09 05, 01008 Dresden

Telefon: 0351 493 - 5401

Telefax: 0351 493 - 5490

E-Mail: [saechsdsb@slt.sachsen.de](mailto:saechsdsb@slt.sachsen.de)

Internet: <http://www.datenschutz.sachsen.de>

## **6. RECHTLICHE GRUNDLAGEN**

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

Stand der Informationen: 01.04.2024