

apb - Ausbildungszentrum für Psychotherapie Bodensee  
Bruder-Klaus-Straße 8 | 78467 Konstanz

Zentrum für  
Psychotherapie  
Bodensee

Mitglied im  
  
Bodensee-Institut  
für Psychotherapie an der Universität Konstanz

Bruder-Klaus-Straße 8  
78467 Konstanz

Tel.: 07 531 / 45 45 45 0  
Fax : 07 531 / 45 45 45 45  
Internet: [www.ap-bodensee.de](http://www.ap-bodensee.de)

Institutsleiter

Dr. Wolfgang-Friedrich Schneider

Stellvertretende Institutsleitung

Dr. Johanna Maier-Karius

Ambulanzleitung

Dipl. Psych. Eileen Murray

Datum: 07.02.2020

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir freuen uns, dass Sie unser Ausbildungszentrum für Psychotherapie Bodensee (apb) als Ort für Ihre persönliche Genesung und Entwicklung in Erwägung ziehen. Sicher interessieren Sie die nächsten Schritte auf dem Weg zu Ihrer Behandlung:

1. Wir möchten Ihnen eine wohlinformierte Einwilligung in Ihre Behandlung ermöglichen. Dazu stellen wir das **Informationsblatt: Psychotherapie am apb** (S. 2) und die **Patienteninformation zum Datenschutz** (S. 3) bereit. Bitte lesen Sie beide Dokumente, da sie wichtige Informationen enthalten.
2. Damit wir Ihnen ein passendes Therapieangebot machen können, senden Sie bitte den ausgefüllten **Eingangsfragebogen für Erwachsene** (S. 5) an die o.g. Adresse. Vorbefunde aus Kliniken und diagnostischen Untersuchungen können Sie gerne in Kopie beilegen.
3. Nach Eingang des Fragebogens laden wir Sie zur Sprechstunde nach Konstanz ein. Dabei klärt die Ambulanzleitung mit Ihnen, ob ein verhaltenstherapeutisch behandelbares Krankheitsbild vorliegt. Bitte bringen Sie hierzu Ihre **Versichertenkarte** mit.
4. Anschließend kann die Therapie an dem von Ihnen angegebenen Wunschort beginnen. Sie lernen Ihren Therapeuten kennen und schauen, wie Sie vertrauensvoll miteinander arbeiten können.

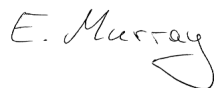
Auf den Eingang Ihres Eingangsfragebogens freuen wir uns und verbleiben

mit freundlichen Grüßen



Dr. Johanna Maier-Karius

PP | stellvertretende Institutsleitung



Eileen Murray

PP | Ambulanzleitung



Jonas Matuschek

PP | stellvertretende Ambulanzleitung

## Informationsblatt: Psychotherapie am apb

Mit den folgenden Informationen können Sie prüfen, ob unser Angebot zu Ihnen passt. Bei Fragen stehen wir Ihnen gerne zu Verfügung.

### Sie bieten kognitive Verhaltenstherapie an. Was macht dieses Verfahren aus?

- Aktuelle Schwierigkeiten verstehen wir auf Basis von Lebens- & Lernerfahrungen. Mit Ihrem Therapeuten erarbeiten Sie einen aktiven, akzeptierenden und lösungsorientierten Bewältigungsstil. Ziel ist es, Sie zum Experten im Umgang mit den Schwierigkeiten zu machen und Ihre Lebensqualität zu verbessern.

### Was bedeutet es, eine Psychotherapie an unserem Ausbildungsinstitut zu machen?

- Unsere Behandler haben einen Universitätsabschluss in Psychologie und befinden sich in der Psychotherapieausbildung. Als staatlich anerkannte Einrichtung und Kooperationspartner der Universität Konstanz richten wir unsere Behandlungen an den neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen aus.
- Unsere Behandler\*innen besprechen (z.T. in kleinen Gruppen) den Verlauf der letzten Sitzungen mit erfahrenen Kolleg\*innen (Supervision). Alle Beteiligten unterliegen der Schweigepflicht. Hierzu können alle psychotherapeutischen Sitzungen auf Video/ Tonband aufgenommen werden.
- Wir führen eine gründliche Diagnostik durch – u.a. mit Fragebögen. Ihre Daten werden anonymisiert gespeichert und ggf. zu Forschungszwecken verwendet. Rückschlüsse auf Ihre Person sind ausgeschlossen.

### Wie schnell bekomme ich einen Therapieplatz?

- Wir bemühen uns sehr um eine zügige Bearbeitung. Aufgrund der hohen Nachfrage können wir Ihnen jedoch meist nicht sofort einen Therapieplatz anbieten.
- Wir führen keine Warteliste. Gerne können Sie sich nach acht Wochen erneut bei uns melden.

### Was mache ich, wenn eine längere Wartezeit bei mir nicht zumutbar ist?

- Ist aufgrund Ihres Gesundheitszustands eine längere Wartezeit nicht zumutbar, können Sie sich bei Ihrer Krankenkasse, Ihrem Arzt oder der Psychotherapeutenkammer nach weiteren „psychologischen Psychotherapeuten“ erkundigen. Darüber hinaus bietet sich [www.arztsuche-bw.de](http://www.arztsuche-bw.de) an.

### Was mache ich in akuten Notfällen?

- In Notfällen wenden Sie sich bitte an die nächstgelegene Psychiatrie, den Notfall- & Bereitschaftsdienst 116117 oder die Feuerwehr 112. Weitere Informationen finden Sie unter: [www.bptk.de/patienten/im-notfall](http://www.bptk.de/patienten/im-notfall)

### Kann ich Ihnen den Eingangsfragebogen auch per Email zukommen lassen?

- Davon raten wir ab, weil der Schutz Ihrer Daten nicht gewährleistet werden kann. Wir empfehlen das Zusenden per Post. Es steht Ihnen frei, uns per Email zu kontaktieren. Wir bitten um Verständnis, dass wir Ihnen auf diesem Wege jedoch nicht antworten. Bei Fragen können Sie uns gerne telefonisch kontaktieren.

### Wie gehen Sie mit meinen Daten und Angaben um?

- Ihre Daten und Angaben werden selbstverständlich streng vertraulich behandelt.
- Kommt keine Therapie zustande, wird Ihr Eingangsfragebogen 6 Monaten nach Eingang vernichtet.
- Ausführliche Informationen hierzu erhalten Sie auf Seite 3 „Patienteninformation zum Datenschutz“.

### Kommen durch die Psychotherapie Kosten auf mich zu?

- Bei Versicherten der gesetzlichen Krankenkassen werden die Therapiekosten meist von der Krankenkasse getragen. Der hierfür notwendige Antrag wird von ihrem Therapeuten im Laufe der ersten Sitzungen gestellt.
- Sind Sie privat krankenversichert, melden Sie sich bitte vorher telefonisch bei uns.
- Anfahrtkosten werden i.d.R. nicht von der Krankenkasse getragen. Dies gilt auch für die Sprechstunde.

### Was mache ich, wenn ich den Termin zur 1. Sprechstunde nicht wahrnehmen kann oder den Termin verpasst habe?

- Wenn Sie den Termin nicht wahrnehmen können, bitten wir um eine (telefonische) Absage – notfalls auch kurzfristig. Es kommen dadurch keine Kosten auf Sie zu.
- Wenn Sie den Termin verpasst haben ohne sich abzumelden, werden wir Sie nicht erneut kontaktieren. Das hat rein organisatorische Gründe. Gerne können Sie jederzeit wieder Kontakt zu uns aufnehmen.

### Wie häufig finden die psychotherapeutischen Gespräche statt?

- Gespräche finden i.d.R. ein Mal pro Woche für 50 Minuten statt. Je nach Fragestellung kann die Therapie von vier Monaten bis hin zu mehreren Jahren dauern

### Wo findet das erste Gespräch (Sprechstunde) statt?

- In der Bruder-Klaus-Straße 8, 2. OG in 78467 Konstanz.



## 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

Zentrum für Psychotherapie Bodensee (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 verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapievorschläge und Befunde, die wir oder andere Ärzte oder Psychotherapeuten 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).

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.

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

Wenn Ihre Behandlung durch eine/n unserer Psychotherapeut/in zum Zweck der Ausbildung erfolgt, werden aus Ihren personenbezogenen Daten anonymisierte Fallbeschreibungen erstellt. Zudem haben Sie die Möglichkeit, zur Optimierung der Behandlung und für die gesetzlich erforderliche Supervision an Videoaufzeichnungen teil zu nehmen. Hierfür erbitten wir als Rechtsgrundlage Ihre Einwilligung. Die Einwilligung ist freiwillig und Sie können sie jederzeit widerrufen; ein Nachteil entsteht Ihnen dadurch nicht.

Die personenbezogenen Daten können auch zur Wahrung der Qualitätsstandards und zu wissenschaftlichen Forschungszwecken und Studien verarbeitet werden. Rechtsgrundlage hierfür ist Artikel 9 Abs. 2 lit. I 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.

Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem andere Ärzte / Psychotherapeuten, Kassenarztl. Vereinigungen, Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, Ärztekammern und privatarztl. 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 Supervisoren oder Gutachter.

Wir haben spezialisierte Dienstleister beauftragt, uns 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 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 falls dauerhafte Dokumentation sinnvoll erscheint. Videoaufzeichnungen werden unverzüglich nach Abschluss der Ausbildung unter Supervision gelöscht.

## 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. Unsere Kontaktdaten:

Zentrum für Psychotherapie Bodensee

Bruder-Klaus-Str. 8

78467 Konstanz

Telefon: 07531 – 45 45 45 0

Fax: 07531 – 45 45 45 45

Unseren betrieblichen Datenschutzbeauftragten erreichen Sie

per E-Mail: [datenschutz@ap-bodensee.de](mailto:datenschutz@ap-bodensee.de)

oder per Post unter vorstehender Anschrift, „zu Händen des Datenschutzbeauftragten“

## Eingangsfragebogen für Erwachsene

Bitte füllen Sie den Fragebogen aus, damit wir Ihnen ein passendes Therapieangebot machen können.

Der Fragebogen wird ausgefüllt  alleine  mit Hilfe von \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_ Nachname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Geschlecht  m  w  d Konfession \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Tel. privat \_\_\_\_\_ Tel. mobil \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit(en) \_\_\_\_\_ Sprache(n) \_\_\_\_\_

**Familienstand**  ledig  in Beziehung  verheiratet  getrennt  geschieden  verwitwet

**Ich habe Kinder**  nein  ja, Geschlecht (m/w) & Alter \_\_\_\_\_

**Ich wohne**  allein | mit  Eltern  Kind(ern)  Partner\*in  Verwandte(n)  
 Haus  Wohnung  WG  Heim  betreutes Wohnen  obdachlos

Schulabschluss \_\_\_\_\_ Erlerner Beruf \_\_\_\_\_ Aktuelle Tätigkeit \_\_\_\_\_

**Beschäftigung**  angestellt zu \_\_\_ %  selbständig  geringfügig (450€)  geschützt  arbeitsuchend  
 mehrere Jobs  Schüler\*in  Student\*in  Hausfrau/-mann  EU-Rente  Altersrente

In Psychotherapie nehmen Sie **wöchentlich einen 50-minütigen** Termin wahr. **Wo & wann** ist Ihnen dies möglich?

Wochentag	Vormittags	Nachmittags	in
Montag	von _____ bis _____	von _____ bis _____	<input type="checkbox"/> Konstanz <input type="checkbox"/> Ravensburg <input type="checkbox"/> Friedrichshafen
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 _____	

Mein\*e Therapeut\*in sollte  männlich  weiblich sein.  Das Geschlecht ist mir nicht wichtig

Wer hat Ihnen unsere Ambulanz **empfohlen**? Wie sind Sie auf uns **aufmerksam** geworden?

Name der **Krankenkasse** \_\_\_\_\_  gesetzlich  privat

Ich nehme am **Hausarztmodell/Hausarztvertrag** teil.  nein  ja

Name des **Hausarztes** \_\_\_\_\_ Anschrift \_\_\_\_\_

Weitere **Ärzte** (z.B. Neurologe, Psychiater) \_\_\_\_\_

Ich habe eine\*n  **gesetzliche\*n Betreuer\*in** oder erhalte Hilfe von \_\_\_\_\_

Ich bin derzeit **arbeitsunfähig/ krankgeschrieben**  nein  ja, durch wen? \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_

Es ist eine **berufliche Wiedereingliederung** geplant.  nein  ja, ab \_\_\_\_\_

Ich habe einen  **Reha/Kurantrag** oder  **Rentenantrag** gestellt.

Ich habe einen **Schwerbehindertenausweis** ( beantragt).  nein  ja, GdB? \_\_\_\_\_

Ich bin **derzeit/bald** in (teil-)stationärer **Krankenhausbehandlung**.  nein  ja, von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Ich wurde **früher bereits behandelt** wegen meines psychischen Zustands bzw. dem Konsum von Alkohol, Drogen oder Medikamenten.  nie  ja

Psychotherapie, **zuletzt** \_\_\_/20\_\_  Tagesklinik  psychosomatische Reha  Klinik

Psychiater \_\_\_\_\_  Klinik für Suchtmedizin  Langzeitentwöhnung  Suchtberatung

Wo & Wann? \_\_\_\_\_

Jemand aus meiner **Familie** hat(te) eine psychische Erkrankung.  nein  ja

Großvater  Großmutter  Vater  Mutter  Bruder  Schwester

Welche Erkrankung(en)?  Depression  Angst  Psychose  Sucht oder: \_\_\_\_\_

Ich habe oder hatte folgende **Erkrankungen**

Hoher Blutdruck  Herzerkrankung  Herzschrittmacher  HIV  Asthma

Zuckerkrankheit (Diabetes)  Epileptische Anfälle  Multiple Sklerose  Hepatitis \_\_\_\_

Fettstoffwechselstörung  Lungenerkrankung  Morbus Crohn  Krebs \_\_\_\_\_

Allergie \_\_\_\_\_  Schmerzen an  Kopf  Rücken  Bauch **oder** \_\_\_\_\_

Geburtskomplikation  Hormonstörung (z.B. Schilddrüse)  Operationen \_\_\_\_\_

Hirnerkrankungen/-verletzungen (Neurologie)  Andere \_\_\_\_\_

Ich habe **körperliche Beschwerden**, für die Ärzte keine Ursache finden (trotz Untersuchungen).  nein  ja

**Aktuell** nehme ich folgende Medikamente ein (vom Arzt verordnet & nicht verordnet).  nein  ja

Medikament	Dosierung	seit

Ich habe in der **Vergangenheit** Medikamente wegen psychischer Beschwerden eingenommen.  nein  ja

Medikament	Dosierung	von	bis

Ich suche eine Psychotherapie aufgrund folgender **Beschwerden oder Probleme**.

---



---



---



---

Mein Problem zeigt sich  bei der Arbeit  in Beziehungen  mit dem Gesetz (Gerichtsverfahren)  im sexuellen Bereich  im finanziellen Bereich | mit meinem  Körper  Aussehen  Gefühlen  Selbstbild.

Ich leide unter  **Phasen intensiver Angst** (zuletzt \_\_\_\_\_), die  plötzlich  ohne erkennbaren Grund auftreten.

Ich **vermeide** Situationen & Tätigkeiten, z.B.  Kaufhäuser  Schlange stehen  Auto fahren  Menschenmengen  enge geschlossene Räume **oder**  nein  ja

Ich bin **ängstlich** im Umgang mit Menschen, z.B.  Verabredungen  Autoritätspersonen  Sprechen vor Menschen  Partys  bei Prüfungen **oder**  nein  ja

Ich habe Sorgen **peinlich zu wirken** oder dass **andere schlecht von mir denken** könnten, z.B.  nein  ja

Ich kann meine **Sorgen nicht beenden oder kontrollieren**, sodass sie sich aufdrängen.  nein  ja

In den letzten Monaten war ich **besorgt, angespannt & nervös** bezüglich verschiedener Dinge oder Alltagsangelegenheiten, z.B. beschäftigen mich  nein  ja

Ich leide unter ständig **wiederkehrenden Gedanken**, gegen die ich mich nicht wehren kann, z.B.  nein  ja

Ich leiste Widerstand gegen **wiederkehrende Handlungen** ( Händewaschen  Putzen  Herd kontrollieren **oder** \_\_\_\_\_), auch wenn das nicht gelingt.  nein  ja

Ich zeige **impulsives Verhalten**:  rücksichtsloses Fahren  Selbstverletzung  Kaufsucht **oder**  nein  ja

Ich habe Episoden äußerst unangenehmer **innerer Anspannung**.  nein  ja

Ich versuche, mein **Gewicht** unter \_\_\_\_\_ kg zu halten. Meine **Größe** \_\_\_\_\_ cm Aktuell **wiege** ich \_\_\_\_\_ kg

Ich **kontrolliere mein Gewicht** durch  kalorienarmes Essen  Erbrechen  Abführmittel  viel Sport oder folgende Maßnahmen: \_\_\_\_\_

Ich habe  **Essanfälle**, bei denen ich  in kurzer Zeit viel esse  die Kontrolle über mich verliere.

**In den letzten Wochen** habe ich häufiger diese Zustände oder Gefühle.

bedrückte Stimmung  Niedergeschlagenheit  Reizbarkeit  schnelle Verärgerung

Einschlafprobleme  Durchschlafprobleme  frühes Erwachen  vermehrter Schlaf

verminderter Appetit  gesteigerter Appetit  Gewichtsverlust  Gewichtszunahme

Schuldgefühle  Wertlosigkeitsgefühle  Konzentrationsverlust  Vergesslichkeit

Ruhelosigkeit oder Drang, ständig in Bewegung sein  Müdigkeit, Kraftlosigkeit oder wenig Energie

Verlangsamung der Bewegungen oder des Sprechens  Entscheidungsschwierigkeiten

Grübeln  Alpträume  wiederkehrende Gedanken an den Tod

**Gedanken** mir das Leben zu nehmen  **Versuch** mir das Leben zu nehmen

Phasen mit Niedergeschlagenheit kenne ich aus der **Vergangenheit**.  nein  ja

Mir sind **schreckliche Dinge zugestoßen**, z.B. lebensbedrohliche Situationen (Naturkatastrophe, Unfall, Überfall, Folter, sexueller Übergriff, Gewalt) oder ich haben zusehen müssen, wie eine andere Person getötet oder schwer verletzt wurde.  nein  ja

Ich habe schon einmal den Boden der Realität verloren (z.B. bei **Psychose**).  nein  ja

Ich habe schon mal  **Stimmen**  **Dinge gehört**, die niemand anderes hören konnte.  nein  ja

Manchmal fühle ich **mich selbst** unwirklich oder **meine Umwelt** fühlt sich unwirklich an.  nein  ja

Ich habe mich **mal so übermäßig gut gefühlt**, dass andere dachten, etwas sei nicht in Ordnung.  nein  ja

Ich war mal so **überschäumender Stimmung**, dass ich in Schwierigkeiten geriet.  nein  ja

**Als Kind** hatte ich  Konzentrationsprobleme  war leicht ablenkbar  zappelig  nervös.  nein  ja

Andere Leute sagen mir, dass ich **Gefühle nicht erkenne**.  nein  ja

Ich gebe regelmäßig Geld für **Glücksspiele** aus ( Internet  Casino  Spielautomaten).  nein  ja

Ich rauche pro Tag \_\_\_\_\_ **Zigaretten**.

**Alkohol** (Bier, Wein, Schnaps) trinke ich i.d.R. pro Woche an  0  1  2  3  4  5  6  7 Tagen.

Trinke ich Alkohol, dann sind es meist  1  2  3  4  5  >5 **Gläser** \_\_\_\_\_ am Tag.

Ich trinke pro Tag \_\_\_\_\_ **koffeinhaltige Getränke** z.B.  Kaffee  Tee  Energy-Drinks **oder** \_\_\_\_\_.

Mein **Internetgebrauch** in der Freizeit beträgt pro Tag  0  1 - 3  4 - 6  >6 Stunden.

Ich habe schon mal **Drogen** genommen (z.B. Cannabis, Amphetamine).  nie  ja

Welche? \_\_\_\_\_ von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Abstinenzphase von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Ich habe schon mal **Medikamente** (Schmerz-, Abführ-, Schlaf- oder Beruhigungsmittel) in großen Mengen genommen oder **häufiger bzw. höher dosiert**, als von meinem Arzt verschrieben.

nein  ja

Medikament von bis Abstinenzphase von bis

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ich leide unter folgenden Problemen, die hier **nicht aufgeführt** sind und zwar

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Vereinbarungen zur Psychotherapie am apb

- Ich habe den „Eingangsfragebogen für Erwachsene“ ausgefüllt (soweit es mir möglich war).
- Das „**Informationsblatt: Psychotherapie am apb**“ habe ich gelesen und stimme den darin beschriebenen Rahmenbedingungen für eine Psychotherapie zu.
- Die „**Patienteninformation zum Datenschutz**“ habe ich gelesen und akzeptiere die darin beschriebene Verarbeitung meiner Daten.
- Vorbefunde** aus Kliniken und diagnostischen Untersuchungen liegen in Kopie bei (soweit verfügbar).
- Im Falle einer **gesetzlichen Betreuung** bitten wir um entsprechende Nachweise.

Ihr Name in **DRUCKBUCHSTABEN** \_\_\_\_\_

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

Bitte senden Sie den Fragebogen nun an:

**Zentrum für Psychotherapie Bodensee (apb)**  
Bruder-Klaus-Str. 8  
78467 Konstanz

---Vielen Dank!---