

Institutsleiter

Dr. Wolfgang-Friedrich Schneider

Stellvertretende Institutsleitung

Dr. Johanna Maier-Karius

Ambulanzleitung

Dipl. Psych. Eileen Murray

Konstanz, 12.10.2022

Liebe\*r Jugendliche\*r,

wir freuen uns, dass du dich für eine Psychotherapie bei uns am apb interessierst. **Jugendliche ab 16 Jahren** und **mit gesetzlicher Versicherung (z.B. AOK, BKK und viele mehr)** können in Deutschland oft ohne Zustimmung der Eltern in eine Psychotherapie gehen. Wenn du diese Voraussetzungen erfüllst, kannst du dich selbstständig bei uns um die Therapie bewerben. Die nächsten Schritte auf dem Weg zur Behandlung sind dann:

1. **Zwei Sachen lesen:** Wir möchten, dass du schon vorher weißt, wie wir Therapie machen und wie wir deine Daten schützen. Dazu stellen wir das „Informationsblatt: Psychotherapie am apb“ (S.2) sowie die „Patienteninformation zum Datenschutz“ (S.3) bereit. Bitte lies beide Dokumente, da sie wichtige Informationen enthalten.
2. **Eine Sache ausfüllen:** Auf Seite 5 findest du den „Eingangsfragebogen für Jugendliche“, der uns hilft, dir einen passenden Therapeuten zu finden. Bitte sende ihn ausgefüllt an die o.g. Adresse. Deine Eltern können dir gerne helfen, wenn du willst. Mit der Checkliste (S.8) kannst du prüfen, ob alle Informationen (z.B. Vorbefunde oder Zeugnis) beiliegen.
3. **Eine Sache weitergeben:** Bitte gib den „Kurzfragebogen für Helfende“ (letzte Seite) an Menschen weiter, die dich unterstützen.
4. **Ein Gespräch in Konstanz:** Nach Prüfung des Fragebogens laden wir dich zur Sprechstunde nach Konstanz ein. Wir klären mit dir, ob dir eine Verhaltenstherapie helfen kann. Bitte bring hierzu deine Versichertenkarte mit. Anschließend kann die Therapie an dem angegebenen Wunschort beginnen. Du lernst deinen Therapeuten kennen und ihr schaut, wie ihr vertrauensvoll miteinander arbeiten könnt.


Wenn du Fragen hast, melde dich gerne bei uns. Auf deinen Eingangsfragebogen freuen wir uns!

Liebe Grüße



Dr. Johanna Maier-Karius

PP | stellvertretende Institutsleitung



Eileen Murray

PP | Ambulanzleitung

## Informationsblatt: Psychotherapie am apb

Anhand der folgenden Informationen kannst du prüfen, ob unser Angebot zu dir passt.

### Ihr bietet kognitive Verhaltenstherapie (KVT) an. Was macht dieses Verfahren aus?

- In der KVT verstehen wir aktuelle Probleme vor dem Hintergrund schwieriger Lebenserfahrungen. Mit dem Therapeuten erarbeitest du einen aktiven und lösungsorientierten Bewältigungsstil. Ziel ist es, deine Lebensqualität zu verbessern und dich zum Experten im Umgang mit den Schwierigkeiten zu machen.

### Wie ist es, eine Psychotherapie an unserem Ausbildungsinstitut zu machen?

- Unsere Therapeuten haben einen Universitäts- oder Hochschulabschluss und befinden sich in der Ausbildung zum Kinder- & Jugendlichenpsychotherapeuten oder zum Psychologischen Psychotherapeuten. Als staatlich anerkannte Einrichtung und Kooperationspartner der Universität Konstanz richten wir unsere Behandlungen an neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen aus.
- Unsere Therapeuten besprechen regelmäßig (z.T. in kleinen Gruppen) den Verlauf der letzten Sitzungen mit erfahrenen Psychotherapeut\*innen („Supervision“). Dafür können prinzipiell alle psychotherapeutischen Sitzungen auf Video/ Tonband aufgenommen werden. Alle Beteiligten unterliegen der Schweigepflicht.
- Wir führen eine gründliche Diagnostik durch – u.a. mit Fragebögen. Diese Daten werden anonymisiert gespeichert und ggf. zu Forschungszwecken verwendet. Rückschlüsse auf dich sind ausgeschlossen.

### Wie schnell bekomme ich einen Therapieplatz?

- Wir bemühen uns sehr um eine zügige Bearbeitung. Aufgrund der hohen Nachfrage können wir dir jedoch meist nicht sofort einen Therapieplatz anbieten.
- Wir führen eine Warteliste. Sobald wir dir einen Platz anbieten können, melden wir uns bei dir.

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

- Ist aufgrund deines Gesundheitszustands eine längere Wartezeit nicht zumutbar, kannst du dich bei deiner Krankenkasse, deinem Arzt oder der Psychotherapeutenkammer nach weiteren „Kinder- & Jugendlichenpsychotherapeuten“ oder „Psychologischen Psychotherapeuten“ erkundigen.

### Was mache ich in akuten Notfällen?

- In Notfällen wendest du dich an die nächstgelegene Psychiatrie, den Notfall- & Bereitschaftsdienst 116, 117 oder die Feuerwehr 112.

### Kann ich den Eingangsfragebogen auch per Email zusenden?

- Davon raten wir ab, weil der Schutz deiner Daten nicht gewährleistet werden kann. Wir empfehlen das Zusenden per Post. Es steht dir frei, uns per Email zu kontaktieren. Wir bitten um Verständnis, dass wir dir auf diesem Wege jedoch nicht antworten. Bei Rückfragen kannst du gerne telefonisch Kontakt aufnehmen.

### Wie geht ihr mit meinen Daten und Angaben um?

- Deine Daten und Angaben werden selbstverständlich streng vertraulich behandelt.
- Kommt keine Therapie zustande, wird der Eingangsfragebogen sechs Monate nach Eingang vernichtet.
- Ausführliche Informationen hierzu erhältst du auf Seite 3 „Patienteninformation zum Datenschutz“.

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

- Bist du bei den gesetzlichen Krankenkassen versichert werden die Kosten meist von der Krankenkasse getragen.
- Bist du privat krankenversichert, dann melde dich bitte vorher telefonisch bei uns.
- Anfahrtskosten werden i.d.R. nicht von der Krankenkasse getragen. Dies gilt auch für die 1. Sprechstunde.

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

- Wenn du den Termin nicht wahrnehmen kannst, bitten wir darum, den Termin telefonisch abzusagen -notfalls auch kurzfristig. Es kommen dadurch keine Kosten auf dich zu.
- Wenn du den Termin verpasst hast ohne dich abzumelden, werden wir dich nicht erneut kontaktieren. Das hat rein organisatorische Gründe. Gerne kannst du jederzeit wieder Kontakt zu uns aufnehmen.

### Wo findet das erste Gespräch statt?

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

### Wie häufig finden die psychotherapeutischen Gespräche statt?

- Gespräche finden meist ein Mal pro Woche für 50 Minuten statt.



## 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

78467 Konstanz, Bruder-Klaus-Str. 8

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 Jugendliche

Bitte fülle den Fragebogen aus, damit wir dir 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 \_\_\_\_\_

Sprache/n \_\_\_\_\_ Staatsbürgerschaft \_\_\_\_\_

Das Sorgerecht  wird gemeinsam ausgeübt  liegt bei der Mutter  liegt beim Vater  
 liegt bei jemandem anderes \_\_\_\_\_

Ich bin krankenversichert über  Familienversicherung  Mutter  Vater

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

Name deines Haus-/ Kinderarztes \_\_\_\_\_ Anschrift \_\_\_\_\_

Zu folgenden Zeitfenstern (z.B. von 8 bis 12) ist mir die **wöchentlich** stattfindende **50-minütige** Therapiesitzung möglich

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag
Vormittags	-	-	-	-	-	-
Nachmittags	-	-	-	-	-	-

mit  einem Therapeut (m)  einer Therapeutin (w)  beides ist in Ordnung

Wie bist du auf uns **aufmerksam** geworden? Wurde dir unsere Ambulanz **empfohlen**?

---

Ich wohne bei  Eltern  Verwandten  WG  Heim

Name der Mutter _____	Name des Vaters _____
Alter _____ Sprache/n _____	Alter _____ Sprache/n _____
Staatsbürgerschaft _____	Staatsbürgerschaft _____
Derzeitige Tätigkeit _____	Derzeitige Tätigkeit _____

Die Eltern sind  verheiratet  getrennt  geschieden  in neuen Beziehungen  verwitwet  
 oder \_\_\_\_\_

Wie ist das **Verhältnis** zwischen dir und deinen Eltern (und anderen Erwachsenen im Haushalt)?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Häufigster Anlass zum **Streit** ist \_\_\_\_\_

Kontakt zur Mutter besteht  jederzeit  regelmäßig  unregelmäßig  nicht, seit \_\_\_\_\_

Kontakt zum Vater besteht  jederzeit  regelmäßig  unregelmäßig  nicht, seit \_\_\_\_\_

Gibt es andere Kinder oder Jugendliche **im Haushalt**?  nein  ja

Name _____	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	Alter ____ J.	<input type="checkbox"/> Halbgeschwister <input type="checkbox"/> Geschwister <input type="checkbox"/> Andere
Name _____	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	Alter ____ J.	<input type="checkbox"/> Halbgeschwister <input type="checkbox"/> Geschwister <input type="checkbox"/> Andere
Name _____	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	Alter ____ J.	<input type="checkbox"/> Halbgeschwister <input type="checkbox"/> Geschwister <input type="checkbox"/> Andere
Name _____	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	Alter ____ J.	<input type="checkbox"/> Halbgeschwister <input type="checkbox"/> Geschwister <input type="checkbox"/> Andere

Gibt es Geschwister **außerhalb des Haushalts**?  nein  ja

Name \_\_\_\_\_  m  w Alter \_\_\_\_ J.  Geschwister  Halbgeschwister

Name \_\_\_\_\_  m  w Alter \_\_\_ J.  Geschwister  Halbgeschwister

Wie verträgst du dich mit deinen Geschwistern?

gut mit \_\_\_\_\_

mittel mit \_\_\_\_\_

schlecht mit \_\_\_\_\_ wegen \_\_\_\_\_

Angaben zu körperlichen Erkrankungen, Operationen & Unfälle

Sehschwäche \_\_\_\_\_ (Brille ja/nein) seit \_\_\_\_\_  Hörschäden \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_

Sprachstörungen \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_  Schäden am Körper \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_

Bewegungsstörungen \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_  Allergien \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_

geistige Schwächen \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_  Erkrankungen, Operationen, Unfälle \_\_\_\_\_

Welche Medikamente nimmst du derzeit ein (über einen längeren Zeitraum regelmäßig)

\_\_\_\_\_

Was macht dir Sorgen oder Probleme? Wobei soll dir die Psychotherapie helfen?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Wann ist das Problem erstmalig aufgetreten? \_\_\_\_\_ und zwar  plötzlich  allmählich

Gab es Ereignisse, die mit dem ersten Auftreten des Problems zusammenfielen?

\_\_\_\_\_

Das Problem ist im Laufe der Zeit  stärker geworden  gleichbleibend  schwächer geworden

Das Problem zeigt sich verstärkt an bestimmten  Orten  Zeiten  Anlässen  Personen. z.B. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Das Problem tritt seltener auf an bestimmten  Orten  Zeiten  Anlässen  Personen. z.B. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Kreuze bitte an, was in den letzten Wochen häufiger auf dich zutrifft

Gewichtsverlust  Gewichtszunahme

Schuldgefühle oder Wertlosigkeitsgefühl  Ängste oder Sorgen vor \_\_\_\_\_

Panikgefühle  Gewichtssorgen  Diäten  Erbrechen

unkontrollierbare, wiederkehrende Handlungen  Konzentrationsmangel  Vergesslichkeit

Schlaflosigkeit oder vermehrter Schlaf  unkontrollierbare Impulse

Ruhelosigkeit oder Drang, ständig in Bewegung sein  selbstverletzende Verhaltensweisen

Krampfanfälle  Ausscheidungsprobleme

Müdigkeit oder Energieverlust  wiederkehrende Gedanken an den Tod

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

Stimmungsschwankungen  Wutanfälle

Aktuell wiege ich \_\_\_\_\_ kg bei einer Körpergröße von \_\_\_\_\_ cm.

Ich habe schon mal Alkohol getrunken  nie  ja und zwar

pro Monat \_\_\_\_\_ Gläser Bier, \_\_\_\_\_ Gläser Wein, \_\_\_\_\_ Gläser Schnaps **oder** \_\_\_\_\_

Hast du schon mal Drogen genommen?  nie  ja und zwar

pro Monat \_\_\_\_ Cannabis oder \_\_\_\_\_

Um die Situation zu verändern habe ich folgendes probiert \_\_\_\_\_

Unterstützung erhalte ich (habe ich früher erhalten) durch

Schule (Lehrer, Psychologen) \_\_\_\_\_  Beratungsstelle \_\_\_\_\_

Haus- oder Kinderarzt \_\_\_\_\_  Psychotherapeutische Praxis \_\_\_\_\_

Kinder- & Jugendpsychiater \_\_\_\_\_  (Kinder-)Krankenhaus \_\_\_\_\_

Jugendamt \_\_\_\_\_  andere \_\_\_\_\_

Welche Auswirkungen haben/hatten diese Hilfen?

\_\_\_\_\_

Ich besuche die \_\_\_\_ Klasse einer  Haupt-  Real-  Gesamt-  Förderschule  Gymnasium  oder \_\_\_\_\_

Die Schule  besuche ich regelmäßig  bin oft verspätet  schwänze ich häufig

Überspringen in Klasse \_\_\_\_  Wiederholung in Klasse \_\_\_\_\_

Schulwechsel in Klasse \_\_\_\_  spätere Einschulung, wegen \_\_\_\_\_

Schule nicht besucht von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_, wegen \_\_\_\_\_

Fehlzeiten, wegen \_\_\_\_\_

Gibt es Probleme in der Schule?  nein, es läuft ganz gut  ja und zwar

\_\_\_\_\_

Stärken in den Fächern \_\_\_\_\_

Schwächen in den Fächern \_\_\_\_\_

Hausaufgaben dauern meist \_\_\_\_ Minuten  alleine  mit Hilfe von \_\_\_\_\_

Typische Probleme sind \_\_\_\_\_

Hast du regelmäßige Pflichten?  nein  ja und zwar

\_\_\_\_\_

Welche Interessen, Hobbys und Fähigkeiten hast du?

\_\_\_\_\_

Smartphone \_\_\_\_\_ Stunden/Tag  Fernsehen \_\_\_\_\_ Stunden/Tag

PC \_\_\_\_\_ Stunden/Tag  Sonstiges \_\_\_\_\_ Stunden/Tag

Spielekonsole \_\_\_\_\_ Stunden/Tag Gibt es deswegen Streit zu Hause?  nein  ja

Hast du Freunde?  nein  ja, Geschlecht (m/w) & Alter \_\_\_\_\_

Wie häufig verbringst du Zeit mit Freunden?  fast täglich  nicht täglich, sondern \_\_\_\_\_

bin lieber für mich allein

Ich habe Probleme, die hier noch nicht benannt wurden \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Vereinbarungen zur Psychotherapie am apb

Mit der folgenden Checkliste kannst du prüfen, ob alle Informationen beiliegen.

- Ich habe den Eingangsfragebogen 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).
- Eine Kopie des letzten Zeugnisses liegt bei.

Dein Name (Bitte in DRUCKBUCHSTABEN) \_\_\_\_\_

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

Bitte sende den Fragebogen nun an:

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



## Kurzfragebogen für Helfende

Helfen dir Lehrer, Schulsozialarbeiter, Ärzte, Logopäden, Ergotherapeuten, Physiotherapeuten oder andere Menschen? Wenn du diesen Bogen an sie weitergibst, freuen wir uns von Ihnen zu hören. Der ausgefüllte Bogen kann an uns gesandt werden oder du bringst ihn zum ersten Gespräch mit.

Wenn du möchtest, dass wir auf Fragen der Helfenden antworten, kannst du uns von der Schweigepflicht entbinden: Ich entbinde das Zentrum für Psychotherapie Bodensee (Ambulanz- & Institutsleitung, zuständige/r Therapeut/in) und

Einrichtung

Adresse

Name

Telefon

ausschließlich für den Austausch behandlungsbezogener Informationen über

dein Name, Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
von der gegenseitigen ärztlichen Schweigepflicht.

Ort, Datum

Deine Unterschrift

Sehr geehrte\*r Helfende\*r,

wir bitten um einen aktuellen Bericht oder die Beantwortung folgender Fragen

Name und Beginn der Maßnahme bei Ihnen
--

Vorstellungsanlass
--------------------

Ziele der Maßnahme
--------------------

Verlauf der Maßnahme
----------------------

Voraussichtliche Dauer der Maßnahme
-------------------------------------

Was wäre aus Ihrer Sicht wichtig für eine erfolgreiche psychotherapeutische Behandlung?
---

Haben Sie Fragen zur psychotherapeutischen Behandlung (bei vorliegender Schweigepflichtsentbindung)?
--