



Zentrum für
Psychotherapie
Bodensee

Mitglied im



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

Bruder-Klaus-Straße 8
78467 Konstanz
Tel.: 07 531 / 45 45 45 0
Fax : 07 531 / 45 45 45 45
E-Mail: info@ap-bodensee.de
Internet: www.ap-bodensee.de

Institutsleiter

Dr. Wolfgang-Friedrich Schneider

Stellvertretende Institutsleitung

Dr. Johanna Maier-Karius

Ambulanzleitung

Dipl. Psych. Eileen Murray

Konstanz, 28.04.2022

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir freuen uns, dass Sie unser Ausbildungszentrum als Ort für die Genesung und Entwicklung Ihres Kindes in Erwägung ziehen. Sicher interessieren Sie die nächsten Schritte auf dem Weg zur Behandlung:

1. Wir möchten Ihnen eine wohlinformierte Einwilligung in die Behandlung ermöglichen. Dazu stellen wir Ihnen das „Informationsblatt: Psychotherapie am apb“ (S.2) sowie die „Patienteninformation zum Datenschutz“ (S.3) bereit. Bitte lesen Sie beide Dokumente, da sie wichtige Informationen enthalten.
2. Bitte füllen Sie den „Eingangsfragebogen für Eltern und Sorgeberechtigte“ (S.5) aus, damit wir Ihrem Kind ein passendes Therapieangebot machen können. Gerne können Sie Ihr Kind in die Beantwortung einbeziehen. Mit der Checkliste (S. 9) überprüfen Sie, ob alle Informationen (z.B. Vorbefunde, Zeugnis) beiliegen. Abschließend senden Sie alles unterschrieben an die o.g. Adresse.
3. Um Ihrem Kind ein ganzheitliches Unterstützungsangebot bereiten zu können, bitten wir im „Kurzfragebogen für Helfende“ (S. 10) um Informationen von weiteren Behandlern Ihres Kindes.
4. Nach Prüfung des Fragebogens laden wir Sie zur Sprechstunde ein. Dabei klärt die Ambulanzleitung mit Ihnen, ob ein verhaltenstherapeutisch behandelbares Krankheitsbild vorliegt. Bitte bringen Sie hierzu Ihre Versichertenkarte mit.
5. Anschließend kann die Therapie beginnen. Sie lernen Ihren Psychotherapeuten 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

Trägerin des apb DGVt-Ausbildungsakademie gGmbH
Corrensstr. 44-46 | 72076 Tübingen
Leiter des apb Dr. phil. Wolfgang-F. Schneider
Geschäftskonto Volksbank Kleverland eG
Kto-Nr. 20 981 067 IBAN DE93 3246 0422 0020 9810 67
BLZ 324 604 22 BIC GENODED1KLL

Betreiberin des apb RHAP Beratungs- und Entwicklungs-GmbH
HRB-Nr. 8516, AG Kleve
USt-ID-Nr. DE814812734
mit Sitz in Nassauerallee 75 | 47333 Kleve
Tel. 02821 – 895 99 00 | Fax - 895 99 02
E-Mail: info@rhap.de
Geschäftsführer Dr. Wolfgang-F. Schneider

Informationsblatt: Psychotherapie am apb

Anhand der folgenden Informationen können Sie prüfen, ob unser Angebot zu Ihnen passt.

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

- In der kognitiven Verhaltenstherapie verstehen wir Schwierigkeiten vor dem Hintergrund der (Lern-) Erfahrungen, die ein Mensch im Laufe seines Lebens gemacht hat. 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 Therapeuten haben einen Universitäts- oder Hochschulabschluss und befinden sich in der Ausbildung zum Kinder- & Jugendlichenpsychotherapeuten oder zum Psychologischen Psychotherapeuten mit Zusatzqualifikation „Kinder und Jugendliche“. Als staatlich anerkannte Einrichtung und Kooperationspartner der Universität Konstanz richten wir unsere Behandlungen an neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen aus.
- Unsere Therapeuten besprechen (z.T. in kleinen Gruppen) die Behandlungsverläufe ihrer Patienten mit erfahrenen Kollegen (sog. Supervision), um die Behandlung zu optimieren. Alle Beteiligten unterliegen der Schweigepflicht. Für die Supervision können alle psychotherapeutischen Sitzungen auf Video oder 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 Sie oder Ihr Kind 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 meinem Kind 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 „Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten“ erkundigen.

Was mache ich in akuten Notfällen?

- In Notfällen wenden Sie sich bitte an die nächstgelegene Psychiatrie, den Notfall- und Bereitschaftsdienst 116, 117 oder die Feuerwehr 112.

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 Rückfragen können Sie gerne telefonisch Kontakt aufnehmen.

Wie gehen Sie mit meinen Daten und Angaben um?

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

Kommen durch die Therapie Kosten auf mich zu?

- Bei Versicherten der gesetzlichen Krankenkassen werden die Therapie-Kosten 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.
- Anfahrtskosten 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 darum, den Termin telefonisch abzusagen -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.

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 i.d.R. 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, Therapieempfehlungen 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 Paragraph 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 Paragraph 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, 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 berechtigte 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

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

Eingangsfragebogen für Eltern und Sorgeberechtigte

Bitte füllen Sie den Fragebogen aus, damit wir dem Kind* ein passendes Therapieangebot machen können.

Der Fragebogen wird ausgefüllt von Mutter Vater anderes _____

Vorname des Kinds _____ Nachname _____

Geburtsdatum _____ Geschlecht m w d Sprache/n _____

Straße _____ PLZ _____ Ort _____

Tel. privat _____ Tel. mobil _____

Das Sorgerecht wird gemeinsam ausgeübt liegt allein bei der Mutter liegt allein beim Vater
 liegt bei jemandem anderes _____

Mit der Therapie sind einverstanden beide Sorgeberechtigten nur die Mutter nur der Vater

Versichert über Familienversicherung Mutter Vater

Name der Krankenkasse _____ gesetzlich privat

Nehmen Sie am Hausarztmodell/Hausarztvertrag teil? nein ja

Name des Kinderarztes _____ Anschrift _____

In folgenden Zeitfenstern (von ... bis ...) ist 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

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

| | |
|---|---|
| Name der Mutter _____ Alter _____ Sprache/n _____ Konfession _____ Staatsbürgerschaft _____ Schulabschluss _____ Aktuelle Tätigkeit _____ <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> getrennt <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> in Beziehung <input type="checkbox"/> verwitwet | Name des Vaters _____ Alter _____ Sprache/n _____ Konfession _____ Staatsbürgerschaft _____ Schulabschluss _____ Aktuelle Tätigkeit _____ <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> getrennt <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> in Beziehung <input type="checkbox"/> verwitwet |
|---|---|

Das Kind **wohnt mit** Mutter Vater ___ Geschwistern ___ Halbgeschwistern neue/r Partner/in
 Verwandten _____ Heim wechselt zwischen den Eltern oder _____

Kontakt zur Mutter besteht jederzeit regelmäßig unregelmäßig nicht, seit _____

Kontakt zum Vater besteht jederzeit regelmäßig unregelmäßig nicht, seit _____

Wie ist das **Verhältnis zwischen Kind & Eltern** (ggf. weiteren Erwachsenen im Haushalt)?

Häufigster **Anlass zum Streit** ist _____

Gibt es weitere **Kinder im Haushalt**? nein ja

Name _____ m w Alter ___ J. Geschwister Halbgeschwister Andere

Name _____ m w Alter ___ J. Geschwister Halbgeschwister Andere

Name _____ m w Alter ___ J. Geschwister Halbgeschwister Andere

Name _____ m w Alter ___ J. Geschwister Halbgeschwister Andere

*Die Bezeichnung „Kind“ wird für die Lesbarkeit & Verständlichkeit verwendet, obwohl „Jugendliche*r“ oder „Schutzbefohlene*r“ in manchen Fällen treffender wäre.

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

Name _____ m w Alter ___ J. Geschwister Halbgeschwister Andere

Name _____ m w Alter ___ J. Geschwister Halbgeschwister Andere

Wie verträgt sich das Kind mit Geschwistern und anderen Kinder **im Haushalt?**

gut mit _____

mittel mit _____

schlecht mit _____ wegen _____

Hat/te jemand in der **Familie eine psychische Erkrankung?** nein ja und zwar

Großvater Großmutter Vater Mutter Bruder Schwester

Welche Erkrankungen? Depression Angst Psychose oder _____

Hat(te) Ihr Kind **körperliche Erkrankungen, Operationen oder Unfälle?**

Sehschwäche _____ (Brille ja/nein) seit _____ Hörschäden _____ seit _____

Sprachstörungen _____ seit _____ Schäden am Körper _____ seit _____

Bewegungsstörungen _____ seit _____ Allergien _____ seit _____

Krampfanfälle Schmerzen an Kopf Rücken Bauch **oder** _____

geistige Schwächen _____ seit _____ Erkrankungen, Operationen, Unfälle _____

Aktuell eingenommene **Medikamente** (über einen längeren Zeitraum regelmäßig)

Was macht Ihnen **Sorgen** bei dem Kind? Wobei könnte eine Psychotherapie **helfen**?

Wann ist das Problem **erstmalig** aufgetreten? _____ und zwar plötzlich allmählich

Folgende Ereignisse fielen mit dem ersten Auftreten des Problems zusammen

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. _____

In den letzten Wochen trifft folgendes **häufiger** auf das Kind zu

deutlicher Gewichtsverlust oder Gewichtszunahme: aktuelles Gewicht ___ kg & Körpergröße ___ cm.

unkontrollierbare, wiederkehrende Handlungen Konzentrationsmangel

Schlaflosigkeit oder vermehrter Schlaf Vergesslichkeit

Ruhelosigkeit oder den Drang, ständig in Bewegung sein Selbstverletzende Verhaltensweisen

Müdigkeit oder Energieverlust Ausscheidungsprobleme

wiederkehrende Gedanken an den Tod Versuch sich das Leben zu nehmen

Stimmungsschwankungen Ängste Wutanfälle Schuldgefühle Wertlosigkeitsgefühle

andere _____

Mein Kind trinkt Alkohol. nein weiß ich nicht ja

pro Woche _____ Gläser **Bier**, _____ Gläser **Wein**, _____ Gläser **Schnaps** oder _____

Mein Kind konsumiert Drogen. nein weiß ich nicht ja

pro Woche _____ Cannabis oder _____

Um die Situation zu verändern habe ich/ haben wir folgendes probiert (z.B. im Erziehungsverhalten) _____

Unterstützung erhalte ich oder erhält mein Kind durch (auch frühere Angebote)

Schule (Lehrer, Psychologen) _____ Beratungsstelle _____

Haus- oder Kinderarzt _____ Psychotherapeutische Praxis _____

Kinder- & Jugendpsychiater _____ (Kinder-)Krankenhaus _____

Jugendamt _____ andere _____

Welche **Auswirkungen** haben/hatten diese Hilfen?

Die Schwangerschaft verlief normal Alkohol Drogen Medikamente
 fieberhafte Erkrankung schweres Erbrechen vorzeitige Wehen
 anderes _____

Die Geburt verlief normal Frühgeburt Spätgeburt
 Zangengeburt Kaiserschnitt Nabelschnur um den Hals
 anderes _____

Der erste Monat verlief normal auffällig blass oder blau künstlich beatmet von ____ - ____
 stationäre Behandlung von ____ bis ____ oder _____

Die ersten Monate verliefen normal auffallende Unruhe Bewegungsarmut Krampfanfälle
 häufiges Spucken Fütterprobleme häufiges Schreien Schlafprobleme
 anderes _____

Entwicklungsschritte Freies Laufen __ M. Sauber __ M. 1. sinnvolles Wort __ M. Erste kleine Sätze __ M.

Kindergartenbesuch nein ja, vom ____ bis ____ Lebensjahr
 Gab/gibt es dort Probleme? nein mit Trennung Kindern Erziehern
 anderes _____

Der Schulbesuch der __. Klasse einer Haupt- Real- Gesamt- Förderschule Gymnasium oder _____
 ist regelmäßig ist oft verspätet wird häufig geschwänzt
 Fehlzeiten wegen _____
 war/ ist unterbrochen von _____ bis _____ wegen _____
 spätere Einschulung wegen _____ Schulwechsel in Klasse _____

Schulische Leistung normaler Verlauf Wiederholung in Klasse _____ Überspringen in Klasse _____
 Typische **Probleme** _____
Stärken in den Fächern _____
Schwächen in den Fächern _____

Hausaufgaben werden alleine mit Hilfe z.B. _____ bewältigt benötigen meistens ____ Min.

Verhaltensprobleme in der Schule gab/gibt es nicht in der Schule sind bezogen auf _____

Erziehungsaufgaben übernahmen bisher vorwiegend

Mutter

Vater

Großeltern

andere Personen _____

Hat das Kind regelmäßige **Pflichten**?

nein

ja und zwar

Das Kind wird **belohnt** mit _____

Das Kind wird **bestraft** mit _____

Welche **Interessen, Neigungen und Fähigkeiten** hat das Kind?

Hat das Kind **Freunde**? nein ja, Geschlecht (m/w) & Alter _____

Wie häufig verbringt das Kind seine **Freizeit mit Freunden**?

fast täglich

nicht täglich, sondern _____

ist lieber für sich allein

Wie verträgt sich das Kind in Gruppen **außerhalb der Schule**?

kommt gut mit anderen aus

sucht andere zu beherrschen

nimmt anderen Dinge weg

ist leicht durch andere zu beeinflussen

will alles bestimmen, ist rechthaberisch

wird von anderen gezwickt, gestoßen, geschlagen

zwickt, stößt, schlägt andere häufig

prahlt gerne vor anderen, gibt an

wird oft von anderen beschimpft

wird von den anderen wenig beachtet bzw. gemieden

zieht sich von den anderen zurück

Weitere Probleme **in Beziehungen zu Personen** _____

Andere Probleme, die hier **noch nicht benannt** wurden _____

Vereinbarungen zur Psychotherapie am apb

Im Folgenden können Sie 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.

Optional

- Vorbefunde aus Kliniken oder diagnostischen Untersuchungen liegen in Kopie bei (soweit verfügbar).
- Eine Kopie des letzten Zeugnisses liegt bei.
- Im Falle **alleinigen Sorgerechts** bitten wir um das Beifügen entsprechender Nachweise.
- Im Falle **geteilten Sorgerechts** bitten wir beide Sorgeberechtigten mit der Unterschrift, der Psychotherapie des Kindes zuzustimmen.

Name des Kindes (Bitte in DRUCKBUCHSTABEN) _____

Ort, Datum _____ Unterschrift Sorgeberechtigte/r _____

Ort, Datum _____ Unterschrift Sorgeberechtigte/r _____

Bitte senden Sie den Fragebogen nun an

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

Kurzfragebogen für Helfende

Wir möchten Ihr Kind umfassend unterstützen. Sie können hierzu diesen Fragebogen an Menschen weitergeben, die Ihnen oder Ihrem Kind bei der Bewältigung der Situation oder der Probleme helfen, z.B. Logopäden, Ergotherapeuten, Physiotherapeuten, Lehrer, Ärzte oder Schulsozialarbeiter. Dieser Bogen kann anschließend direkt an uns versendet werden oder Sie bringen ihn zum Erstgespräch mit.

Optional: Entbindung der Schweigepflicht

Wenn Sie möchten, dass wir auf Fragen der Helfenden eingehen, können Sie uns von der Schweigepflicht entbinden. Ich entbinde das Zentrum für Psychotherapie Bodensee (Ambulanz- & Institutsleitung, zuständige/r Therapeut/in) und

| | |
|-----------------------|----------------------|
| Einrichtung: Name: | Adresse: Telefon: |
|-----------------------|----------------------|

ausschließlich zum Zwecke des Austausches behandlungsbezogener Informationen über

Name, Vorname des Kindes: _____ Geburtsdatum: _____

von der gegenseitigen ärztlichen Schweigepflicht.

Ort, Datum

Unterschrift Patient*in / Sorgeberechtigte*r

Sehr geehrte*r Unterstützer*in,

für die Diagnostik in unserer psychotherapeutischen Ambulanz bitten wir Sie um einen aktuellen Bericht oder die Beantwortung folgender Fragen:

Name und Beginn der Maßnahme / Therapie bei Ihnen:

Vorstellungsanlass:

Ziele Ihrer Maßnahme / Therapie:

Verlauf der Maßnahme / Therapie:

Voraussichtliche Dauer der Maßnahme / Therapie:

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

Haben Sie Fragen zu der psychotherapeutischen Behandlung (bei vorliegender Schweigepflichtsenbindung)?