

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

Institutsleiter
Dr. Wolfgang-Friedrich Schneider
Stellvertretende Institutsleitung
Dr. Johanna Maier-Karius
Ambulanzleitung
Dipl. Psych. Eileen Murray

Datum: 28.04.2022

Sehr geehrte Damen und Herren,

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

1. Wir möchten Ihnen eine wohlinformierte Einwilligung in Ihre Behandlung ermöglichen. Dazu stellen wir das **Informationsblatt: Psychotherapie am apb (S.2)** & die **Patienteninformation zum Datenschutz (S.3)** bereit. Bitte lesen Sie beide Dokumente, da sie wichtige Informationen enthalten.
2. Bitte senden Sie den ausgefüllten **Eingangsfragebogen für Erwachsene (S. 5)** an die o.g. Adresse. Vorbefunde aus Kliniken und diagnostischen Untersuchungen können Sie gerne in Kopie beilegen. Dies hilft uns, Ihnen ein passendes Therapieangebot zu machen.
3. Den Eingang Ihres Fragebogens bestätigen wir nicht und es ist von einer längeren Wartezeit auszugehen. Wir melden uns erst bei Ihnen, wenn wir Ihnen einen Therapieplatz anbieten können. Um die Indikation abschließend zu klären, laden wir Sie zur **Sprechstunde** ein. Bitte bringen Sie Ihre **Versichertenkarte** mit.
4. Nun kann die Therapie beginnen. Sie lernen Ihre:n Behandler:in kennen und schauen, wie Sie vertrauensvoll miteinander arbeiten.


Auf den Eingang Ihres Eingangsfragebogens freuen wir uns und verbleiben

mit freundlichen Grüßen



Dr. Johanna Maier-Karius

PP | stellvertretende Institutsleitung



Eileen Murray

PP | Ambulanzleitung

Informationsblatt: Psychotherapie am apb

Mit 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. In Therapie erarbeiten Sie sich einen aktiven, akzeptierenden und lösungsorientierten Bewältigungsstil. Ziel ist es, Sie zum Experten im Umgang mit den Schwierigkeiten zu machen und Ihre Lebensqualität zu verbessern.
- Als staatlich anerkannte Einrichtung und Kooperationspartner der Universität Konstanz richten wir unsere Behandlungen an den neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen aus.

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

- Ihr:e Behandler:in hat einen Universitätsabschluss in Psychologie & ist in der Psychotherapieausbildung.
- Ihr:e Behandler:in bespricht (z.T. in kleinen Gruppen) den Verlauf der letzten Sitzungen mit erfahrenen Psychotherapeut:innen (Supervision). Hierzu können prinzipiell alle Sitzungen mit Video/Ton aufgenommen werden. Alle Beteiligten unterliegen der Schweigepflicht.
- 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?

- Aufgrund der hohen Nachfrage können wir Ihnen nicht sofort einen Therapieplatz anbieten. Den Eingang Ihres Fragebogens bestätigen wir nicht separat. 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 „psychologischen Psychotherapeuten“ erkundigen.
- Auch www.arztsuche-bw.de bietet einen Überblick bzgl. kassenärztlich zugelassener Psychotherapeuten.

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

Kann ich Ihnen den Eingangsfragebogen 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 streng vertraulich behandelt.
- Kommt keine Therapie zustande, wird Ihr Eingangsfragebogen 6 Monaten nach Eingang vernichtet.
- Weitere Informationen erhalten Sie auf S. 3-4 „Patienteninformation zum Datenschutz“.

Kommen durch die Psychotherapie Kosten auf mich zu?

- Bei gesetzlich Krankenversicherten (z.B. AOK, TK, BKK und viele mehr) werden die Therapiekosten meist von der Krankenkasse getragen. Den hierfür notwendigen Antrag stellt ihr*e Therapeut*in im Laufe der ersten Sitzungen.
- 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 um (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 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, 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 berechnete 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

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 mit Eltern Kind(ern) Verwandte(n) Partner:in allein **oder** _____

in einem/einer Haus Wohnung WG Heim betreutes Wohnen obdachlos

Schulabschluss _____ Erlerner Beruf _____ Aktuelle Tätigkeit _____

Beschäftigung angestellt zu _____ % selbständig geringfügig (450€) geschützt arbeitsuchend

mehrere Jobs Schule Ausbildung Studium Haushalt EU-Rente Altersrente

Zu 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

Wer hat Ihnen das apb **empfohlen**? Wie sind Sie auf uns **aufmerksam** geworden?

Name der **Krankenkasse** _____ gesetzlich privat

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

Name des **Hausarztes** _____ **Anschrift** _____

Weitere **Ärzte** (z.B. Neurologie/ Psychiatrie) _____

Ich habe eine:n **gesetzliche:n Betreuer:in** oder erhalte Hilfe von _____

Ich bin **arbeitsunfähig/ krankgeschrieben** durch _____ seit _____ nein

Ich bin in **beruflicher Wiedereingliederung** seit _____ mit _____ Wochenstunden (geplant) nein

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

Ich habe einen **Schwerbehindertenausweis** mit einem GdB von _____ (beantragt). nein

Ich bin **derzeit/bald** in **Reha/Kur** **Tagesklinik** **Krankenhausbehandlung** von _____ bis _____ nein

Ich habe oder hatte folgende **Erkrankungen** oder **körperliche Beschwerden** keine

Fettstoffwechselstörung Diabetes Typ __ Blutdruck _____ HIV Allergie _____

Lungenerkrankung Asthma Rheumatische Erkrankung Lebererkrankung Hepatitis _____

Immunerkrankung Morbus Crohn Herzerkrankung Herzschrittmacher Tumor

Hauterkrankung Neurodermitis Hormonstörung (z.B. Schilddrüse) Krebs _____

Schmerzen an Kopf Bauch Rücken oder _____ Operation _____

Probleme mit Stuhlgang Blähungen Urinieren Erbrechen Schwindel Schluckauf

Gehirnerkrankung/-verletzung (Neurologie) Epilepsie Multiple Sklerose Geburtskomplikation

ggf. genauer _____

Ich habe **körperliche Beschwerden**, für die Ärzte keine Ursache finden. Dies ist seit _____ Monaten so. nein

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

Psychotherapie, **zuletzt** __/20__ Tagesklinik psychosomatische Reha Klinik
 Psychiater _____ Klinik für Suchtmedizin Langzeitentwöhnung Suchtberatung

Wo & Wann? _____

Ein Mitglied meiner **Familie** hat(te) eine psychische Erkrankung. nein

Großvater Großmutter Vater Mutter Bruder Schwester oder _____

Welche Erkrankung(en)? Depression Angst Psychose Sucht oder _____

Aktuell nehme ich folgende Medikamente ein (vom Arzt verordnet & nicht verordnet). keine

Medikament	Dosierung	seit

Früher habe ich folgende Medikamente wegen psychischer Beschwerden genommen. keine

Medikament	Dosierung	von	bis

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

Das Problem zeigt sich bei der Arbeit in Beziehungen mit dem Gesetz im Bereich der Sexualität
 im finanziellen Bereich | im Umgang mit meinem Körper Aussehen Gefühlen Selbstbild.

Ich habe **intensive Angst**, die plötzlich ohne erkennbaren Grund auftreten (zuletzt ____). nein

Ich fürchte / vermeide **Situationen & Tätigkeiten**: Kaufhäuser Schlange stehen Auto fahren nein
 Menschenmengen enge geschlossene Räume oder _____

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

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

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

Ich habe drängende **Sorgen**, die ich **nicht beenden** **kontrollieren** kann. nein
 Unangenehme unsinnige **wiederkehrenden Gedanken** drängen sich mir auf, z.B. nein

Ich spüre einen Drang Handlungen **wiederholt auszuführen**, z.B. Herd kontrollieren Zählen nein
 Putzen Händewaschen **oder** _____

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

Ich spüre einen **Drang zu impulsiven Verhalten**, z.B. rücksichtsloses Fahren Selbstverletzung nein
 Kaufen Stehlen oder _____

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

Für mind. eine Woche habe ich mich mal **übermäßig gut gefühlt**, sodass andere dachten, etwas sei nicht in Ordnung ich in Schwierigkeiten geriet (z.B. mit Familie/Gesetz/Arbeitsplatz/Finanzen). nein

Meine **Größe** _____ cm Aktuell **wiege** ich _____ kg Mein niedrigstes Gewicht **im Erwachsenenalter** _____ kg

Mein **höchstes** Gewicht _____ kg (____/20____) Ich versuche mein **Gewicht** unter _____ kg zu halten.

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

Ich **kontrolliere mein Gewicht** durch kalorienarmes Essen Erbrechen Abführmittel viel Sport **oder**

In den letzten vier Wochen habe ich oder fühle ich mich häufig ...

bedrückt niedergeschlagen reizbar verärgert schuldig wertlos

Einschlafprobleme Durchschlafprobleme frühes Erwachen vermehrter Schlaf Alpträume

ständig müde kraftlos wenig Energie ständiger Bewegungsdrang ruhelos

weniger Appetit mehr Appetit Gewichtsverlust Gewichtszunahme

kaum Interesse an Hobbies Grübeln Konzentrationsverlust Vergesslichkeit

verlangsamte Bewegungen verlangsamtes Sprechen Entscheidungsschwierigkeiten

Gedanken an den Tod Gedanken mir das Leben zu nehmen Versuch mir das Leben zu nehmen

Ich hatte früher schon mal eine Phase mit Niedergeschlagenheit. nein

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

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

Mir sind **schreckliche Dinge zugestoßen**, z.B. lebensbedrohliche Situationen (Naturkatastrophe, Unfall, Überfall, Folter, sexueller Übergriff, Gewalt) nein

Ich habe zusehen müssen, wie eine andere Person getötet oder schwer verletzt wurde. nein

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

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

Ich gebe regelmäßig Geld für **Glücksspiele** aus, z.B. im Internet Casino Spielautomaten. nein

Ich rauche pro Tag _____ **Zigaretten**.

Alkohol (z.B. Bier) trinke ich i.d.R. pro Woche an 0 1 2 3 4 5 6 7 Tagen & dann sind es meist 1 2 3 4 5 >5 Gläser Bier Wein Schnaps oder _____

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, davon _____ Spiele-Stunden

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

Welche? _____ von _____ bis _____ abstinent 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

Medikament _____ von _____ bis _____ Abstinenzphase von _____ bis _____

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

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!