

ADHS-AMBULANZ: ANMELDEBOGEN

Name	Vorname	Titel
Straße (Bitte angeben, Adressdaten sind notwendig zur Kontaktaufnahme)		Hausnummer
Postleitzahl	Stadt	Geburtsdatum
E-Mail-Adresse (freiwillig, zur Kontaktaufnahme für uns sehr hilfreich)		Telefonnummer (<u>notwendig</u> , zur Kontaktaufnahme)

Kontaktaufnahme per SMS erlaubt?	☐ ja	☐ nein
Anrufbeantworter besprechen erlaubt?	☐ ja	☐ nein

Im Rahmen der ADHS-Ambulanz interessiere ich mich für

- ☐ Diagnostik: Feststellen, ob ich ADHS habe.
- ☐ Gruppen-Psychotherapie: Hilfe im Umgang mit ADHS.
- ☐ Medikation: Beratung zu und Verschreibung von ADHS-spezifischen Medikamenten.

In welchen Zeiträumen könnten Sie keine Termine bei uns wahrnehmen?

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag
08-09 Uhr						
09-10 Uhr						
10-11 Uhr						
11-12 Uhr						
12-13 Uhr						
13-14 Uhr						
14-15 Uhr						
15-16 Uhr						
16-17 Uhr						
17-18 Uhr						
18-19 Uhr						

Bitte kreuzen Sie die Zeiträume an, zu denen Sie keine Termine wahrnehmen können.

ADHS-AMBULANZ: ANMELDEBOGEN

Familienstand

Erlerner Beruf

Derzeitige Beschäftigung

Überwiesen/ Empfohlen von (Mediziner:in, Beratungsstelle usw.), möglichst mit Ansprechpartner:in

Hausarztpraxis, möglichst mit Adresse

Befanden Sie sich bereits in psychotherapeutischer Behandlung?

☐ ja ☐ nein

Wenn ja: ☐ ambulant ☐ stationär

Von:

bis:

☐ ambulant ☐ stationär

Von:

bis:

Bitte beachten Sie, dass Sie an der ADHS-Gruppe nicht teilnehmen können, wenn Sie sich zeitgleich in einer psychoanalytischen, tiefenpsychologischen oder systemischen Psychotherapie und/oder in (teil-) stationärer Behandlung befinden.

Ausnahme: Sie übernehmen die Teilnahme an der ADHS-Gruppe als Selbstzahler.

Psychische Erkrankungen, die bereits diagnostiziert wurden mit Angabe: Wann und durch wen?

Körperliche Erkrankungen/ Allergien

Medikation (jeglicher Art; seit wann und in welcher Dosierung)

Name: _____

Vorname: _____

Handynummer: _____

Angehörige:r (zur Kontaktierung nur in medizinischen Notfällen)

Sonstiges

Ich versichere, dass die Angaben auf dem Anmeldebogen richtig sind und bestätige dies mit meiner Unterschrift:



Ort, Datum und Unterschrift (Patient:in bzw. der oder die gesetzliche Vertreter:in)

ALLGEMEINE INFORMATIONEN UND RAHMENBEDINGUNGEN

Sehr geehrte:r Patient:in,

bevor Sie sich für eine Therapie bei uns entscheiden, möchten wir Sie noch auf einige wichtige Rahmenbedingungen hinweisen. Ihre Zustimmung dazu ist Voraussetzung für einen Therapiebeginn.

Ablauf der Behandlung: Im Psychotherapeutischen Gesundheitszentrum / vfkv – MVZ am Goetheplatz gGmbH wird zu Beginn eine orientierende psychotherapeutische Sprechstunde von einem psychologischen oder ärztlichen Psychotherapeuten bzw. einer psychologischen oder ärztlichen Psychotherapeutin durchgeführt. In der Sprechstunde klären wir gemeinsam, wie Ihre Beschwerden einzuschätzen sind. Basierend darauf entscheiden wir zusammen, ob eine bzw. welche weiterführende (psychotherapeutische) Behandlung sinnvoll ist. Zur allgemeinen Information über ambulante Psychotherapie erhalten Sie das [Formular PTV 10](#) „Ambulante Psychotherapie in der gesetzlichen Krankenversicherung“.

Telefonnummern für den Notfall: **Bitte beachten Sie**, dass wir **nicht** die Möglichkeit zur Krisenintervention bei akuter Suizidalität bieten.

Wenden Sie sich in dringenden Notfällen bitte an

- den **Krisendienst Psychiatrie** unter Tel. 0800 / 655 3000,
- die **Psychiatrische Institutsambulanz, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Ludwig-Maximilians-Universität München**, Nußbaumstraße 7 unter Tel. 089 / 4400-555 11 oder -555 12,
- das **Atriumhaus** unter 089 / 76 78 0,
- die **Telefonseelsorge München** unter Tel. 0800 111 0 111 (kostenfrei)
- oder jeden anderen **ärztlichen Notdienst** unter Tel. 112.

Innovatives Konzept & Forschung: Die hier durchgeführten Therapien basieren durchweg auf wissenschaftlichen Erkenntnissen der Therapieforschung. Gleichzeitig nimmt das Psychotherapeutische Gesundheitszentrum / vfkv – MVZ am Goetheplatz gGmbH durch Fokussierung auf die psychotherapeutische Sprechstunde sowie Akutbehandlung (= Kurzinterventionen bis zu 12 Stunden) eine innovative Vorreiterrolle ein. Darüber hinaus untersuchen wir weitere neue Therapiekonzepte und versuchen stets, die Versorgung unserer Patient:innen zu verbessern. Nur durch Ihre Zustimmung und Mitwirkung bei den wissenschaftlichen Erhebungen können wir diesen Zielen gerecht werden.

Nachsorge: Mit Ihrem Einverständnis möchten wir Sie gerne ca. 6 Monate nach Behandlungsende erneut kontaktieren. Uns interessiert bei dieser Kontaktaufnahme, wie es Ihnen in der Zwischenzeit ergangen ist und wie sich Ihre Beschwerden entwickelt haben. Diese Nachuntersuchung ist für Sie eine Möglichkeit, gemeinsam die vergangenen Monate zu reflektieren und sich Ihrer Fortschritte bewusst zu werden. Gleichzeitig unterstützen Sie uns dabei, unser therapeutisches Angebot stetig weiterzuentwickeln und anderen Betroffenen besser helfen zu können.

Schweigepflicht: Alles, was Sie uns erzählen, ist vertraulich und unterliegt selbstverständlich der gesetzlichen Schweigepflicht. Eine Kommunikation mit anderen behandelnden Ärzt:innen oder anderen Personen ist nur mit Ihrer ausdrücklichen schriftlichen Zustimmung möglich. Eine Ausnahme von dieser Regel gilt nur für extreme Situation, z.B. wenn Sie sich oder andere gefährden.

Aufbewahrungspflicht: Alle von Ihnen mitgebrachten oder ausgefüllten Unterlagen sowie Fragebögen oder Testungen gehen in die Patientenakte ein und müssen per Gesetz in unserer Praxis mindestens 10 Jahre nach

Abschluss der Behandlung aufbewahrt werden. Sie haben ein Recht auf Einsicht in (Teile) Ihrer Patientenakte.

Konsiliarbericht: Sollte eine Behandlung über die psychotherapeutische Sprechstunde hinaus sinnvoll sein, ist die Einholung eines sogenannten Konsiliarberichtes vorgeschrieben. In diesem Bericht bestätigt ein:e (Fach-) Ärzt:in Ihrer Wahl (z.B. ein:e Psychiater:in), dass Sie nicht an einer körperlichen Krankheit leiden, die eine Therapie ausschließt. Eine Kopie dieses Konsiliarberichtes wird dem Antrag an die Krankenkasse, welche die Kosten übernimmt, beigelegt.

Nebenwirkungen einer Psychotherapie: Wie jedes Behandlungsverfahren kann auch eine Psychotherapie unerwünschte Wirkungen und Risiken zur Folge haben. So können z. B. emotionale Krisen im Verlauf der Behandlung auftreten, insbesondere wenn problematische Punkte angesprochen werden. Im Zuge dessen kann es auch zu einer vorübergehenden Verschlechterung Ihres Befindens kommen. Manchmal werden auch bisher unerkannte Konflikte und Schwierigkeiten in verschiedenen Lebensbereichen (Partnerschaft, Familie, Beruf etc.) erst im Laufe der Behandlung deutlich. Dabei ist es uns wichtig zu betonen, dass Sie in jedem Stadium der Therapie die volle Entscheidungsmöglichkeit über die Inhalte der Therapie haben. Lediglich im Falle einer akuten Selbst- oder Fremdgefährdung sind wir gezwungen, spezielle Therapieangebote z.B. in einem psychiatrischen Krankenhaus einzuleiten.

Wir gehen sehr offen mit Beschwerden und Kritik um. Sollten Sie einen Anlass haben, mit der Therapie Ihres Therapeuten oder Ihrer Therapeutin nicht zufrieden zu sein, sprechen Sie ihn oder sie bitte darauf an. Darüber hinaus weisen wir darauf hin, dass die Psychotherapeutenkammer Bayern ebenso eine Beschwerdestelle führt, an die sich Patient:innen wenden können.

Kosten: Bei gesetzlich Versicherten werden die Kosten für die psychotherapeutische Sprechstunde sowie die weiterführende Behandlung von der gesetzlichen Krankenkasse direkt übernommen. Für die weiteren psychotherapeutischen Sitzungen ist ein Antragsverfahren notwendig, welches Ihr:e Therapeut:in mit Ihnen gemeinsam durchführen wird. Näheres erfahren Sie auch im persönlichen Gespräch. Sie verpflichten sich, einen Wechsel der Krankenkasse umgehend mitzuteilen.

Ausfallhonorar: Die Zeit für Ihre Sitzung wird für Sie reserviert. Sollten Sie einen vereinbarten Termin nicht wahrnehmen können, sagen Sie ihn bitte baldmöglichst ab – spätestens jedoch am letzten Werktag vor dem Termin bis 12:00 Uhr mittags. Für Termine am Montag ist die Absage also bis Freitagmittag notwendig. Sollten Sie sehr kurzfristig nicht kommen können, dann informieren Sie uns bitte trotzdem. Leider ist es in der Regel nicht möglich, so kurzfristig abgesagte Termine an andere Patient:innen weiter zu vergeben. Bitte beachten Sie daher, dass wir Ihnen bei einer kurzfristigeren Terminabsage (egal aus welchen Gründen) bzw. bei Nichterscheinen zum Termin ein Ausfallhonorar in Rechnung stellen werden.

Das Ausfallhonorar beträgt:

- 80 Euro für den Ausfall einer 50-minütigen Sitzung
- 40 Euro für den Ausfall einer 25-minütigen Sitzung
- 40 Euro für das Verpassen einer 100-minütigen Gruppentherapie-Sitzung

Das Ausfallhonorar wird nicht durch die Krankenkasse erstattet. Bei Vorlage eines ärztlichen Attestes werden wir Ihnen das Ausfallhonorar erlassen.

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG ZU RAHMENBEDINGUNGEN UND DATENSCHUTZ

Name

Vorname

Geburtsdatum

- ☐ Ich willige ein, dass das Psychotherapeutische Gesundheitszentrum / vfkv – MVZ am Goetheplatz gGmbH und die vfkv Ausbildungsinstitut München gGmbH meine personenbezogenen Daten (z.B. Name, Adress- und Kontaktdaten) im Rahmen der Behandlung und der Nachsorge erfasst. *(Voraussetzung für Therapie)*
- ☐ Die Hinweise zum Datenschutz (Seite 7-8), habe ich gelesen und verstanden. *(Voraussetzung für Therapie)*
- ☐ Ich bin mit dem Ausfallhonorar in Höhe von bis zu 80 € (Seite 5) einverstanden. *(Voraussetzung für Therapie)*
- ☐ Ich stimme den Rahmenbedingungen (Seite 4-5) zu. *(Voraussetzung für Therapie)*
- ☐ Das Formblatt „Ambulante Psychotherapie in der gesetzlichen Krankenversicherung“ (PTV10) habe ich erhalten. *(Voraussetzung für Therapie)*

SCHWEIGEPFLICHTENTBINDUNGEN

- ☐ Ich entbinde mit die Mitarbeiter:innen des Psychotherapeutischen Gesundheitszentrums / vfkv – MVZ am Goetheplatz gGmbH sowie die Supervisor:innen der vfkv – Ausbildungsinstitut München gGmbH (Seite 9) von der Schweigepflicht untereinander zum Zwecke der Koordination meiner Behandlung sowie der Inter- und Supervision (fachlicher Austausch zu Ausbildungszwecken). Ich erlaube die Einsicht und Bearbeitung meiner Daten zu administrativen, organisatorischen und behandlungsvorbereitenden Zwecken durch Praxispersonal. *(Voraussetzung für Therapie)*
- ☐ Ich entbinde meine Behandler:innen und andere Mitarbeiter:innen von der Schweigepflicht, so dass über die PVS pria GmbH die Abrechnung mit meiner gesetzlichen Krankenversicherung erfolgen kann. Der beschriebenen Datenverarbeitung (Seite 9) stimme ich zu. *(Voraussetzung für Therapie auf Kosten der Versicherung)*

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG ZUR WISSENSCHAFTLICHEN DATENAUSWERTUNG

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass das Psychotherapeutische Gesundheitszentrum / vfkv – MVZ am Goetheplatz gGmbH und seine wissenschaftlichen Kooperationspartner:innen meine Daten (z. B. soziodemografische Daten, medizinische Basisdaten, Rückmeldungen zur Therapie) alleinig in anonymisierter und aggregierter Form verarbeiten. Das heißt, es sind keinerlei Rückschlüsse auf mich als Person möglich.

- ☐ Ja, ich bin mit einer wissenschaftlichen Auswertung meiner anonymisierten Daten einverstanden. *(optional, keine Voraussetzung für Therapie)*
- ☐ Nein, ich bin mit einer wissenschaftlichen Auswertung, auch wenn sie anonymisiert ist, nicht einverstanden.

Mit der Unterschrift bestätige ich alle meine Angaben auf dieser Seite.

Ort, Datum und Unterschrift (Patient:in bzw. der oder die gesetzliche Vertreter:in)



HINWEISE ZUM DATENSCHUTZ

Sehr geehrte:r Patient:in,

der Schutz von personenbezogenen Daten ist uns wichtig. Nach der Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck wir Ihre Daten speichern oder weiterleiten. Der Information können Sie auch entnehmen, welche Rechte Sie in puncto Datenschutz haben.

1. Verantwortlichkeiten für die Datenverarbeitung und den Datenschutz

Verantwortlich für die Datenverarbeitung und Datenschutz ist:

Psychotherapeutisches Gesundheitszentrum / vfkv – MVZ am Goetheplatz gGmbH
Lindwurmstraße 83/3
80337 München
Tel. 089 / 95 428 83 0
E-Mail: info@ptgz.de
Geschäftsführer: Fabian Drasdo

2. Zweck der Datenverarbeitung

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Psychotherapeutisches Gesundheitszentrum / vfkv – MVZ am Goetheplatz gGmbH und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen. Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten bzw. die personenbezogenen Daten Ihres Kindes, insbesondere die Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapievorschlüsse und Befunde, die wir oder andere Ärzt:innen erheben. Zu diesen Zwecken können uns auch andere Ärzt:innen oder Psychotherapeut:innen, bei denen Sie bzw. Ihr Kind in Behandlung sind/ist, Daten zur Verfügung stellen (z.B. in Arztbriefen). Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für die Behandlung. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann eine sorgfältige Behandlung nicht erfolgen.

3. Empfänger personenbezogener Daten

Wir übermitteln personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben.

Empfänger:innen von personenbezogenen Daten können vor allem Ärzt:innen/Psychotherapeut:innen, Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, Ärztekammern sein.

Die Übermittlung erfolgt überwiegend zum Zwecke der Abrechnung der bei Ihnen bzw. Ihrem Kind erbrachten Leistungen, zur Klärung von medizinischen und sich aus Ihrem Versicherungsverhältnis ergebenden Fragen. Im Einzelfall erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechnigte Empfänger:innen.

4. Speicherung personenbezogener Daten

Wir bewahren personenbezogene Daten so lange auf, wie dies für die Durchführung der Behandlung erforderlich ist. Aufgrund rechtlicher Vorgaben sind wir dazu verpflichtet, diese Daten mindestens 10 Jahre nach ADHS-Ambulanz Anmeldung v1_2024

Abschluss der Behandlung aufzubewahren. Nach anderen Vorschriften können sich kürzere oder 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 bzw. Ihr Kind 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 der Daten, das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit zu.

Die Verarbeitung personenbezogener Daten erfolgt auf Basis von gesetzlichen Regelungen. 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 bzw. die personenbezogenen Daten Ihres Kindes nicht rechtmäßig erfolgt. Die Anschrift der für uns zuständigen Aufsichtsbehörde lautet:

Bayrisches Landesamt für Datenschutzaufsicht (BayLDA), Promenade 27, 91522 Ansbach.

Rechte der betroffenen Person:

Auskunft, Berichtigung, Löschung und Einschränkung, Widerspruchsrecht

Sie sind gemäß Art. 15 DS-GVO jederzeit berechtigt, gegenüber Psychotherapeutisches Gesundheitszentrum / vfkv – MVZ am Goetheplatz gGmbH um Auskunftserteilung zu den zu Ihrer Person gespeicherten Daten zu ersuchen.

Sie haben jederzeit das Recht, die Berichtigung, Löschung und Einschränkung in der Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu verlangen. Des Weiteren haben Sie das Recht auf Beschwerde bei einer Aufsichtsbehörde.

Sie können darüber hinaus jederzeit ohne Angabe von Gründen von Ihrem Widerspruchsrecht Gebrauch machen und die erteilte Einwilligungserklärung mit Wirkung für die Zukunft abändern oder widerrufen. Sie können den Widerruf entweder postalisch, per E-Mail oder per Fax an uns (Psychotherapeutisches Gesundheitszentrum / vfkv – MVZ am Goetheplatz gGmbH, Lindwurmstr. 83 / 3. Stock, 80337 München, Telefon 089 / 95 428 83 0, E-Mail: info@ptgz.de) senden. Es entstehen Ihnen dabei keine anderen Kosten als die Portokosten bzw. die Übermittlungskosten.

Weitere Informationen zum Datenschutz finden Sie auf unserer Webseite:

<https://psychotherapeutisches-gesundheitszentrum.de/datenschutz/>

6. Rechtliche Grundlagen

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DS-GVO in Verbindung mit Paragraph 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b) BDSG.

Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich gerne an uns wenden.

PVS-ABRECHNUNGSERKLÄRUNG

Sehr geehrte:r Patient:in,

um uns von dem steigenden Verwaltungsaufwand zu entlasten, haben wir **die Abrechnung unserer Leistungen mit den Krankenkassen der PVS pria GmbH¹, Remscheider Str. 16, 45481 Mülheim**, übertragen. Die Mitarbeiter:innen der vorgenannten Unternehmen sind Berufsgeheimnisträger und unterliegen der beruflichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes wie ein:e Ärzt:in. Bei freiwillig oder gesetzlich versicherten Mitgliedern einer gesetzlichen Krankenkasse rechnet die PVS in unserem Auftrag die erbrachten Leistungen direkt mit den gesetzlichen Krankenkassen ab.

Wir bitten Sie, uns durch Ihre Unterschrift (auf Seite 6) Ihre Einwilligung zur Übermittlung der zur Abrechnung unserer Leistungen notwendigen persönlichen Behandlungsdaten² an die oben genannten PVS-Unternehmen zwecks Abrechnung unserer Leistungen zu erteilen. Wir bleiben Ihnen als Ansprechpartner und als Verantwortlicher im Sinne des Datenschutzes erhalten.

Unsere Leistungen sind nicht von dieser Einwilligung abhängig. Sie können Ihre Einwilligung mit Wirkung für die Zukunft jederzeit widerrufen. Bis zum Zeitpunkt des Widerrufs erfolgte Datenverarbeitungen bleiben rechtmäßig. Ihre Daten dürfen dann noch insoweit weiterverarbeitet werden, wie dies aufgrund gesetzlicher Vorschriften erforderlich ist. Ihren Widerruf erklären Sie bitte schriftlich uns gegenüber.

Sollten Sie Ihr Einverständnis nicht erteilen wollen, können wir Ihnen eine Therapie bei uns nur als Selbstzahler:in anbieten, das bedeutet, Sie tragen die Kosten für eine Behandlung selbstständig. Falls Sie dies wünschen sprechen Sie uns bitte an, wir händigen Ihnen ein Formular zur Kostenübernahme aus.

PSYCHOTHERAPIE IM RAHMEN EINER LEHRPRAXIS

Therapien im Rahmen der ADHS Ambulanz werden durch Psycholog:innen durchgeführt, die fortgeschrittene Teilnehmer:innen der Ausbildung in Psychotherapie sind.

Psychotherapie unter Supervision: Die Therapeut:innen unserer Institutsambulanz sind Psycholog:innen, die sich in einer verhaltenstherapeutischen Ausbildung befinden. Deshalb findet regelmäßig Supervision statt, d.h. ein:e erfahrene:r Therapeut:in bespricht mit den Behandler:innen den Fortgang Ihrer Therapie und gemeinsam wird über den besten Weg, Ihnen zu helfen, beraten.

Zur Supervision gehört ebenfalls die regelmäßige Aufzeichnung der Therapiesitzungen, damit diese mit den Supervisor:innen besprochen werden können. Diese Aufzeichnungen werden nach Beendigung der Therapie vernichtet. Supervision ist auch für erfahrene Therapeut:innen notwendig und stellt ein wesentliches Qualitätsmerkmal unserer Arbeit dar.

Schweigepflicht: Es ist selbstverständlich, dass das Praxispersonal, Ihr:e Therapeut:in sowie der/ die begleitende Supervisor:in der gesetzlichen Schweigepflicht unterliegen. Eine Kommunikation mit beispielsweise zuvor und/oder aktuell behandelnden Ärzten und anderen Personen ist nur mit Ihrer ausdrücklichen schriftlichen Zustimmung möglich. Eine Ausnahme von dieser Regel gilt nur für extreme Situation, z.B. wenn Sie sich oder andere gefährden.