Fragebogen zur Neuanmeldung

Wer meldet sich an?

Name: _____ Geburtstag: _____

Adresse: _____

Telefon: _____ Mail: _____

Sind Sie berufstätig? ○ Ja ○ Nein

Falls ja, wo? _____

Krankenkasse: _____ ○ gesetzlich ○ privat

Rechnungsempfänger*in: _____

Hausärzt*in: _____

Psychiater*in: _____

Medikamente: _____

Grund der Anmeldung:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift

Information: Psychotherapie an der Charlotte Fresenius Hochschulambulanz

Liebe Patienten,

wir haben im Folgenden einige Informationen über das Auftreten psychischer Probleme, die Möglichkeiten einer Psychotherapie sowie über die Rahmenbedingungen einer Psychotherapie in unserer Ausbildungsambulanz für Sie zusammengestellt. Bei Fragen dazu können Sie sich gerne an Ihre Therapeutin wenden. Aus Gründen der Lesbarkeit wurde im Text die weibliche Form gewählt. Die Angaben beziehen sich allerdings auf Angehörige aller Geschlechter.

Was sind psychische Beschwerden und Erkrankungen?
Psychische Beschwerden können unterschiedliche Ursachen haben. Oft spielen mehrere Faktoren eine Rolle, beispielsweise akute emotionale Belastungen oder Probleme im Lebensumfeld der Patientin. Die auftretenden Beschwerden können sehr unterschiedlich sein. Viele psychische Beschwerden können wirksam mit Psychotherapie allein behandelt werden. Einige Erkrankungen müssen neben unterstützender Psychotherapie vorrangig mit Medikamenten behandelt werden, zum Beispiel Schizophrenien oder wahnhafte Störungen. Ab einer gewissen Schwere der Beschwerden muss im Einzelfall besprochen werden, ob eine ambulante Psychotherapie ausreicht, oder ob eine (teil-)stationäre Behandlung zunächst den besseren Therapieerfolg verspricht.

Was ist Psychotherapie?
Psychotherapie ist die Behandlung seelisch bedingter Beschwerden und Störungen mittels wissenschaftlich begründeter und geprüfter Methoden, nachdem eine qualifizierte Diagnostik durchgeführt wurde. Dazu werden zu Therapiebeginn ebenfalls Therapieziele formuliert und im Therapieverlauf überprüft. Esoterische Verfahren und reine Beratungen dürfen im Rahmen von Psychotherapie nicht angewendet werden.

Worauf sollten Sie bei Beginn einer Psychotherapie achten?
Es wird empfohlen, sich vor Beginn der Therapie über die verschiedenen psychotherapeutischen Verfahren zu informieren. Ambulante Psychotherapie kann nach den Richtlinienverfahren in Einzel- oder Gruppentherapie als Verhaltenstherapie, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, psychoanalytische Psychotherapie, systemische Psychotherapie und gegebenenfalls in Kombination mit medikamentöser Therapie durchgeführt werden. Wichtig für die Entscheidung ist neben dem passenden Verfahren eine gute therapeutische Beziehung zwischen der Patientin und der Therapeutin.

Wie läuft eine ambulante Psychotherapie im Allgemeinen ab?
Im Erstkontakt schildert die Patientin beziehungsweise ihre Bezugsperson die Beschwerden, die Gründe, warum Psychotherapie in Anspruch genommen wird und welche Ziele im Rahmen der Therapie erreicht werden sollen. In vertiefenden Folgegesprächen werden die Krankheitsvorgeschichte, die Biografie und die Lebenssituation der Patientin erfasst. Hieraus ergeben sich u.a. die Diagnose, die die Voraussetzung für eine psychotherapeutische Behandlung ist. Hieraus

ergeben sich unter anderem die Diagnose, die die Voraussetzung für eine psychotherapeutische Behandlung ist. Sie wird mit der Patientin und den Bezugspersonen besprochen und der Behandlungsplan wird daraus abgeleitet. Die Diagnose kann sich im Therapieverlauf ändern. In manchen Fällen reichen die Symptome jedoch nicht aus, um eine Erkrankung zu diagnostizieren. Die Patientin wird dann über Möglichkeiten eines weiteren Vorgehens informiert. Nach Abschluss der Diagnostik beginnen die therapeutischen Interventionen, manchmal unter Einbezug des Umfelds der Patientin, und die Umsetzung des Erfahrenen oder Erlernten im Alltag der Patientin wird gefördert.

Wie oft und wie lange finden die Sitzungen statt?
Psychotherapie kann als Kurz- oder Langzeittherapie durchgeführt werden. Die Therapeutin bespricht vor Beginn der Therapie, wie lange die Behandlung basierend auf dem Behandlungsplan voraussichtlich in Anspruch nehmen könnte (zum Beispiel Anzahl der Sitzungen) und welche Ziele dabei erreicht werden könnten. Frequenz und Dauer hängen vom jeweiligen Problembereich beziehungsweise von der Lebenssituation der Patientin ab und fallen je nach angewandter Methode unterschiedlich aus.

Allgemein gilt:

- Die Therapiesitzungen finden in der Regel einmal wöchentlich statt.
- Eine Therapiesitzung dauert jeweils **50 Minuten**. Therapeutin und Patientin beginnen **pünktlich** mit der Therapiesitzung.
- Beide Parteien verpflichten sich, die vereinbarten Termine einzuhalten. Bei Absagen von später als **48 Stunden vor dem Termin** beziehungsweise bei Versäumnis der Sitzung fallen **Ausfallgebühren über 90€** an. Die Ausfallgebühren werden nicht von den Krankenkassen übernommen, sondern werden privat in Rechnung gestellt. Die Höhe wird zu Therapiebeginn vereinbart. Die Patientin kann die Therapie jederzeit beenden oder die Therapeutin wechseln, sollte dies aber mit ihrer Psychotherapeutin vorher besprechen.

Wer übernimmt die Kosten einer Psychotherapie?
In Deutschland können die oben genannten Richtlinienverfahren zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung abgerechnet werden. Hierzu muss teilweise von der Therapeutin ein Gutachterverfahren eingeleitet werden, um die Kostenübernahme für Sitzungen zu erhalten. Um das Gutachterverfahren einleiten zu können, müssen auch Unterlagen von der Patientin an die Therapeutin eingereicht werden. Die Genehmigung der Therapie sowie die Festlegung der Gesamtstundenzahl hängen von der Stellungnahme eines Gutachters ab, der von der Krankenkasse beauftragt wird. Ohne Antragstellung bei der Krankenkasse der Patientin kann keine Behandlung nach Psychotherapierichtlinien durchgeführt werden. Die Therapie kann erst beginnen, sobald die **Genehmigung** der Kostenübernahme von der Krankenkasse vorliegt. Sollten Sie während einer laufenden Therapie Ihre **Krankenkasse wechseln**, teilen Sie dies zeitnah Ihrer Therapeutin mit.

Welche Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie gibt es?

- Psychotherapie kann als finanzielle und zeitliche Belastung empfunden werden.
- Psychotherapie kann in die bisherige Lebensweise und das Beziehungsgefüge eines Menschen eingreifen.
- Soziale Beziehungen können sich verändern, verbessern oder verschlechtern.

- Symptome können sich ändern und es kann zeitweise zu einer Symptomverschlechterung kommen.
- Eventuell krisenhaft auftretende Zuspitzungen können zusätzliche Behandlungsformen notwendig machen (zum Beispiel Medikation, stationäre/teilstationäre Aufnahme). Medikamente können auf die Psychotherapie Einfluss haben.
- Es können Phasen von Selbstüberschätzung und/oder Selbstzweifel eintreten.
  In Folge der Psychotherapie können Verstrickungen in der Beziehung zur Psychotherapeutin entstehen, die bearbeitet werden. Eine persönliche Beziehung zur Therapeutin ist ausgeschlossen. Die psychotherapeutische Beziehung ist eine Arbeitsbeziehung und erlaubt keine privaten Kontakte. Diese sogenannte Abstinenz ist in der Berufsordnung für Psychotherapeutinnen geregelt.
- Ebenso können gleichzeitig stattfindende Psychotherapien oder psychosoziale Beratungen Einfluss auf die Psychotherapie haben. Dies sollten Sie mit Ihrer Psychotherapeutin besprechen.

Rechte und Pflichten bei einer psychotherapeutischen Behandlung und besondere Hinweise:
Psychologische Psychotherapeutinnen unterliegen der Berufsordnung für Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Sie sind zur Einhaltung der Berufspflichten wie zum Beispiel Abstinenz und Verschwiegenheit verpflichtet. Innerhalb jeder therapeutischen Praxis gelten für alle Mitarbeiterinnen der Praxis die Regeln der EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO), die in der Praxis aushängt und Ihnen in Kopie ausgehändigt werden kann. Im Falle von Gruppentherapien sind auch die Patientinnen ihrerseits im Verhältnis zu anderen Mitpatientinnen an die Schweigepflicht gebunden. In der Therapie ist der respektvolle Umgang mit den Wünschen der Patientin unabdingbar. Die Patientin hat ein Recht darauf, dass die Psychotherapeutin Fragen zum therapeutischen Vorgehen beantwortet.

Die Patientin verpflichtet sich, Änderungen bezüglich des Gesundheitszustandes, Mitbehandlungen, relevante medizinische Befunde und Medikamenteneinnahme der Therapeutin mitzuteilen. Ebenso werden die Tendenz, die Therapie abzubrechen, Suizidabsichten oder andere therapiegefährdende Themen seitens der Patientin der Therapeutin sofort mitgeteilt. Die Patientin verpflichtet sich, die Thematik in der Therapie zu bearbeiten und bei einem Therapieabbruch eine abschließende Therapiesitzung einzuhalten. Auch falls keine Veränderungen in Richtung der gestellten Therapieziele eintreten, ist es wichtig, dies offen mit der Therapeutin zu besprechen und das weitere Vorgehen abzuklären.

Wenn Sie sich für eine ambulante Psychotherapie an der Hochschulambulanz entscheiden:
Die Therapie wird von approbierten Psychotherapeutinnen durchgeführt. Die Therapien finden unter engmaschiger Betreuung und Supervision durch erfahrene approbierte Psychotherapeutinnen statt. Eine Schweigepflichtsentbindungserklärung gegenüber Ambulanzleitung sowie gegenüber Supervisorinnen ist Voraussetzung für die Vermittlung eines Therapieplatzes in unserer Hochschulambulanz.

- **Für den Therapieverlauf an unserer Ausbildungsambulanz sind folgende Punkte relevant:**

- Sowohl die Antragstellung als auch die laufende Therapie finden unter Betreuung und Rücksprache mit einer **Supervisorin** statt.
- Die Therapiesitzungen finden **fortlaufend** statt (mit Ausnahme von Urlaubszeiten).

_____

Ort, Datum Unterschrift

Einwilligungserklärung der Patientin

Name: _____

Geboren am: _____

Ich wurde über die Schweige-, Dokumentations- und Fürsorgepflicht der Hochschulambulanz der Charlotte Fresenius Hochschule München aufgeklärt. Die Therapeutin ist gesetzlich verpflichtet, gegenüber unbefugten Dritten über die Inhalte der Therapie zu schweigen (§ 203 Strafgesetzbuch). Die Therapeutin ist verpflichtet, Inhalte der Therapie schriftlich zu dokumentieren. Ihre Fürsorgepflicht umfasst unter anderem die Verpflichtung, die Schweigepflicht zu brechen, wenn die Aufrechterhaltung des Geheimnisses zu erheblichem Schaden oder einer ernsten Gefährdung der eigenen Person oder einer anderen Person führen kann. Die Therapeutin unterliegt dem Zeugnisverweigerungsrecht nach § 53 Strafprozessordnung. Beide Seiten bestätigen, dass eine umfassende Information über die geplante Therapie erfolgt ist. Die Zustimmung zur Therapie erfolgt auf Basis der umfassenden Informationen und der hier vereinbarten Rahmenbedingungen.

Die Aufklärung erfolgte durch: _____
Name Therapeutin

_____

Ort, Datum Unterschrift Therapeutin

Ich stimme den Bedingungen zur Psychotherapie an der Hochschulambulanz der Charlotte Fresenius Hochschule München zu und möchte mit der Therapie beginnen. Eine Kopie des Aufklärungsbogens wurde mir ausgehändigt. Ich hatte ausreichend Gelegenheit Fragen zu stellen und habe die Inhalte der Aufklärung verstanden.

Ich bin insbesondere mit folgenden Bedingungen einverstanden:

- Ich bin verpflichtet, meiner Therapeutin unverzüglich Änderungen des psychischen und übrigen Gesundheitszustandes, insbesondere akute Krisen, mitzuteilen.
- Mir ist bekannt, dass es sich bei der Hochschulambulanz der Charlotte Fresenius Hochschule München um ein Ausbildungsinstitut handelt und daher bestimmte Einwilligungen meinerseits Voraussetzung für eine Untersuchung und Behandlung sind (zum Beispiel Schweigepflichtsentbindung, Videoaufzeichnung).
- Ich bin verpflichtet, vereinbarte Termine spätestens 48 Stunden vor deren Beginn abzusagen. Bei einer späteren Absage oder wenn ich nicht zum Termin erscheine, stellt mir die Hochschulambulanz der Charlotte Fresenius Hochschule München den Termin zu dem anwendbaren Abrechnungssatz in Rechnung. Dies gilt nicht, wenn ich aufgrund außergewöhnlicher Umstände an der Absage oder dem Erscheinen gehindert war.

_____

Ort, Datum Unterschrift

Schweigepflichtsentbindungserklärung (gemäß § 203 StGB)

Hiermit entbinde ich _____

geboren am _____

die Therapeutin _____

von ihrer Pflicht zur Verschwiegenheit gegenüber den unten angeführten Personen beziehungsweise Institutionen. Letztere werden ihrerseits gegenüber der oben genannten Institution von der Schweigepflicht entbunden.

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

Diese Erklärung ist gültig bis auf Widerruf.

_____

Ort, Datum Unterschrift

Schweigepflichtsentbindungserklärung | Hochschule und Supervision

Hiermit entbinde ich, _____

(Vor- und Nachname der Patientin)

geboren am _____

die Therapeutin _____

(Vor- und Nachname der Therapeutin)

von ihrer Schweigepflicht (§ 203 StGB) gegenüber

- der Institutsleitung,
- der Ausbildungsleitung,
- der Ambulanzleitung,
- der für den Patientenfall verantwortlichen Supervisorin Hochschulambulanz für Psychotherapie der Charlotte Fresenius Hochschule,
- den Teilnehmern der Gruppensupervision,
- den Prüferinnen der Approbationsprüfung.

Die Schweigepflichtsentbindungserklärung kann jederzeit schriftlich für die Zukunft zurückgenommen werden.

_____

Ort, Datum Unterschrift

Patientenerklärung zur Übermittlung eines Berichts zur psychotherapeutischen Behandlung an den Hausarzt gemäß der EBM-Bestimmung in Abschnitt 2.1.4

Seit dem 01.01.2008 gilt, dass Psychotherapiesitzungen nur abgerechnet werden können, wenn gegenüber dem Hausarzt über die psychotherapeutische Behandlung schriftlich Bericht erstattet wird.

Dieser muss zu Beginn und nach Ende der Behandlung und zusätzlich einmal im Jahr bei

Psychotherapien, die länger als ein Jahr dauern, erstellt werden. Wenn kein Hausarzt angegeben werden kann oder wenn Sie als Patient einen Bericht an den Hausarzt nicht wünschen, entfällt der Bericht.

Ich bitte Sie, mir mit Ihrer Unterschrift Folgendes zu bestätigen:

- Ich habe keinen Hausarzt.
- Ich bin nicht damit einverstanden, dass meinem Hausarzt über die Psychotherapie schriftlich berichtet wird. Sollten jedoch Informationen über die Psychotherapie für meinen Hausarzt wichtig sein, wird sich mein Psychotherapeut mit ihm nach Absprache mit mir in Verbindung setzen.
- Ich bin damit einverstanden, dass mein Hausarzt einen schriftlichen Bericht erhält.
- Mein Facharzt hat mich überwiesen. Ich bin nicht einverstanden, dass mein Facharzt einen schriftlichen Bericht erhält, der dann in Kopie an meinen Hausarzt geht.

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift Patient

Ihre schriftliche Bestätigung ist nach § 73 Abs. 1b des SGB V notwendig. Sie kann jederzeit widerrufen werden.

Einwilligung Kontaktaufnahme Erwachsene

Wir bieten Ihnen die Möglichkeit, über elektronische Kanäle mit uns zu kommunizieren. Bitte beachten Sie für die einzelnen Kanäle Folgendes:

- **E-Mail:** Wir verwenden keine vom Transportvorgang unabhängige Verschlüsselungstechnologie, d.h. der Inhalt der E-Mail kann möglicherweise von Dritten gelesen werden. Wenn Sie mit einer solchen Kommunikation einverstanden sind, kreuzen Sie bitte unten das entsprechende Feld an und tragen dort auch Ihre E-Mail-Adresse ein. Wenn Sie uns Ihr Einverständnis geben, können Sie dies jederzeit widerrufen. Wir senden Ihnen dann keine E-Mails mehr.

- **SMS:** Wenn Sie mit einer Kommunikation über SMS-Kurznachrichten einverstanden sind, kreuzen Sie bitte unten das entsprechende Feld an und tragen bitte auch Ihre Mobilfunknummer ein. Wenn Sie uns Ihr Einverständnis geben, können Sie dies jederzeit widerrufen. Wir senden Ihnen dann keine SMS mehr.

Ich bin mit der Nutzung folgender Kommunikationswege einverstanden:

- ○ E-Mail unter folgender Adresse: _____
- ○ Telefon unter folgender Nummer: _____
- ○ SMS unter folgender Nummer: _____

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift Patientin

_____

Name Therapeutin in Druckbuchstaben

CHARLOTTE FRESENIUS HOCHSCHULE
UNIVERSITY OF PSYCHOLOGY

HOCHSCHULAMBULANZ FÜR PSYCHOTHERAPIE DER CHARLOTTE FRESENIUS HOCHSCHULE

Patienteneinwilligung über Studierendenbeteiligung an der Psychotherapie

Die Hochschulambulanz für Psychotherapie der Charlotte Fresenius Hochschule ist eine Lehr- und Forschungsambulanz. Wir beteiligen unsere Studierenden an den psychotherapeutischen Behandlungen, damit sie die Abläufe einer Psychotherapie, im Rahmen ihrer im Studium geforderten Praktika, bei uns kennenlernen. Selbstverständlich werden Sie nach höchsten Standards von voll ausgebildeten, approbierten Therapeuten behandelt. Die Teilnahme der Praktikanten an den Therapiesitzungen bezieht sich auf das Zuhören in den Vorgesprächen, den Therapiesitzungen, Gruppensitzungen, sowie an den Vor- und Nachbesprechungen. Natürlich unterliegen unsere Praktikanten auch der psychotherapeutischen Schweigepflicht. Alle von Ihnen erhobenen Daten werden streng vertraulich unter den geltenden Datenschutzbedingungen verarbeitet.

Ich, _____ , wurde über den Grund der Studierendenbeteiligung an meiner Behandlung informiert und bin damit

□ einverstanden.

□ nicht einverstanden.

Bitte beachten Sie, dass wir als Hochschulambulanz darauf angewiesen sind, unsere Studierenden größtenteils an den Sitzungen zu beteiligen und nur zu kleinen Anteilen Patienten annehmen können, welche ihr Einverständnis für die Studierendenbeteiligung nicht abgeben.

München, den __.__.____

_____

(Unterschrift des Patienten / der sorgeberechtigten Personen)

Stempel des Krankenhauses

Hochschulambulanz für Psychotherapie
Charlotte-Fresenius-Hochschule
Infanteriestraße 11a
80797 München
Tel.: 089 200037304
BSNR: 637416500

PVS pria
EIN UNTERNEHMEN DER PVS HOLDING

Einwilligungserklärung/Schweigepflichtentbindungserklärung

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir haben die Abrechnung unserer Leistungen der **PVS pria GmbH (PVS), Remscheider Str. 16, 45481 Mülheim**, übertragen. Die PVS ist als eigenständiges Unternehmen Teil der Unternehmensgruppe PVS holding GmbH, die zugleich deren Muttergesellschaft ist. Die Muttergesellschaft übernimmt im Auftrag der PVS die Buchhaltung, stellt die EDV-Infrastruktur bereit samt Wartung und Pflege sowie den Druck und Versand der Post.

Die Mitarbeiter der vorgenannten Unternehmen sind Berufsgeheimnisträger und unterliegen somit der beruflichen Verschwiegenheit sowie den Bestimmungen des Datenschutzes, so wie sie bei Ärztinnen und Ärzten vorgeschrieben sind. Bei freiwillig oder gesetzlich versicherten Mitgliedern einer gesetzlichen Krankenkasse rechnet die PVS in unserem Auftrag die erbrachten Leistungen direkt mit den gesetzlichen Krankenkassen ab oder wird die erstellte Abrechnung in den gesetzlich bestimmten Fällen an die Kassenärztlichen Vereinigung weiterleiten.

Wir bitten Sie, uns durch Ihre Unterschrift Ihre Einwilligung zur Übermittlung der zur Abrechnung unserer Leistungen notwendigen persönlichen Behandlungsdaten, wie Anschrift, Geburtsdatum, Kostenträger, evtl. Tarife, Behandlungstage, erbrachte Leistungen nach der Gebührenordnung und dazugehörige Diagnosen 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 natürlich 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 weiter verarbeitet werden, wie dies aufgrund gesetzlicher Vorschriften erforderlich ist. Ihren Widerruf erklären Sie bitte schriftlich uns gegenüber. Auch hierdurch entstehen Ihnen keine Nachteile. Dann müssten wir selbst die Abrechnung vornehmen.

Hiermit erteile ich meine Einwilligung in die Datenverarbeitung zu vorgenannten Zwecken und entbinde insoweit meine behandelnden Ärzte und ihre berufsmäßigen Gehilfen zugleich von der Schweigepflicht.

_____

Datum, Unterschrift (Patientin/Patient)

4.1. Version 15.10.2021 - §115b,116b,117

Datenschutzinformationen zu Doctolib

Für die optimale Terminverwaltung setzen wir das Terminmanagementsystem von **Doctolib** ein. Doctolib bietet uns einerseits ein modernes Kalendersystem und andererseits unseren Patienten die Möglichkeit, auf der Seite https://www.doctolib.de/ mit uns Termine online zu vereinbaren. Die Doctolib GmbH (Mehringdamm 51, 10961 Berlin) wird für uns als Auftragsverarbeiter tätig.

Wir nutzen die **Doctolib-Kalendersoftware für alle unsere Patienten**, um Termine einheitlich zu verwalten. Doctolib verarbeitet sämtliche Daten nach allen geltenden Datenschutzvorschriften und wendet höchste Sicherheitsstandards an. Für die Terminvereinbarung werden **folgende Daten** in den Doctolib-Kalender eingetragen: **Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift, Telefonnummer, E-Mail-Adresse und Terminhistorie.**

Ihre Daten werden für die Zwecke der Terminverwaltung erfasst, so wie es auch bisher bei uns der Fall war. Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten sind Art. 6 I b) DSGVO (der Behandlungsauftrag, den Sie uns erteilen), Art. 6 I a) DSGVO (Einwilligung für Terminerinnerungen per SMS und E-Mail) und Art. 9 II h) DSGVO (die Zwecke der Gesundheitsvorsorge). Die **Daten** werden gleichlaufend zu den berufsrechtlichen Aufbewahrungspflichten für die **Dauer von 10 Jahren gespeichert**. Es erfolgt keine Weiterleitung der Daten durch Doctolib an kommerzielle Anbieter. Doctolib ist genau wie Ihr Arzt an die Schweigepflicht gebunden. Eine Entbindung von der Schweigepflicht ist nicht erforderlich.

Um Terminausfälle zu vermindern, möchten wir Sie mit Ihrer **Einwilligung mittels des Doctolib-Kalendersystems per SMS und/oder E-Mail an Ihren Termin erinnern**. Wenn Sie keine Erinnerungen erhalten möchten, teilen Sie uns das jederzeit mit und wir stellen die Erinnerungen aus.

Besonderheiten der Online-Buchung

Für die Online-Terminbuchung ist ein Doctolib-Nutzerkonto notwendig, hierfür gelten die Datenschutzhinweise von Doctolib. Für die Anlegung eines Doctolib-Nutzerkontos ist die Doctolib GmbH (Mehringdamm 51, 10961 Berlin), Ansprechpartner und Verantwortlicher für die Datenverarbeitung. Rechtsgrundlage hierfür ist Art. 6 Abs. 1, b.) der DSGVO und Art. 9 II h) DSGV0 (die Zwecke der Gesundheitsvorsorge).

Einwilligung zu Terminerinnerungen per SMS und/oder E-Mail

Um Terminausfälle zu vermindern, möchten wir Sie mittels des Doctolib-Kalendersystems per SMS und/oder E-Mail an Ihren Termin erinnern. Bitte bestätigen Sie mit Ihrer Unterschrift, dass Sie hiermit einverstanden sind. Wenn Sie keine Erinnerungen mehr erhalten möchten, teilen Sie uns das jederzeit mit und wir stellen die Erinnerungen wieder aus.

München, …… ……

Einwilligung zur Kontaktaufnahme für Forschungszwecke

Die Hochschulambulanz für Psychotherapie der Charlotte Fresenius Hochschule (CFH) ist eine gemäß § 117 Abs. 2 Satz 1 SGB V sonderermächtigte Einrichtung für Forschung, Lehre und Patientenversorgung.

Im Rahmen von laufenden und geplanten Forschungsprojekten der Charlotte Fresenius Hochschule, deren Rechtsträgerin die Hochschulen Fresenius gemeinnützige Trägergesellschaft mbH ist, möchten Mitarbeitende von Forschungsprojekten Sie gerne per E-Mail sowie telefonisch für eine mögliche Teilnahme kontaktieren bzw. anfragen.

Hierbei werden Ihre Kontaktdaten sowie weitere Informationen (Name, Diagnose, Alter, Geschlecht) zunächst auf einer Passwortgeschützten Datei auf unserem Forschungsserver gespeichert. Eine mögliche Teilnahme an Forschungsprojekten ist vollkommen freiwillig und kann jederzeit widerruf werden.

Einwilligung:

Ich willige ein, dass meine unten angegebenen Kontaktdaten zu dem oben aufgeführten Zweck (Kontaktaufnahme Forschungszweck) genutzt und an die jeweils mit der Durchführung der Forschungsprojekte betrauten Personen weitergegeben werden dürfen. Meine Einwilligung ist freiwillig und kann jederzeit ohne die Angaben von Gründen unter der E-Mailadresse: hochschulambulanz-muenchen@charlotte-fresenius-uni.de widerrufen werden.

Name: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

_____ _____

Datum Unterschrift

Weitere Informationen und Hinweise über den Umgang mit Ihren Daten nach Art. 13, 14 DSGVO finden Sie in unseren Datenschutzbestimmungen unter: https://www.charlotte-fresenius-uni.de/wp content/uploads/Datenschutzinformation.pdf;

Rechtsträger und Sitz der Gesellschaft Hochschulen Fresenius gemeinnützige Trägergesellschaft mbH, Limburger Straße 2, 65510 Idstein, Amtsgericht Wiesbaden, HRB 19044, USt-ID: DE299793075, Geschäftsführung: Dr. Stefan Endriß, Hannes Weißensteiner. Eine Hochschuleinrichtung der Hochschulen Fresenius gemeinnützige Trägergesellschaft mbH, Idstein, Amtsgericht Wiesbaden, HRB 1904

Information und Einwilligung Videositzung

Psychotherapeutische Leistungen können in bestimmten Fällen als Videositzung erbracht werden, wenn die Leistung nicht den unmittelbaren persönlichen Kontakt erforderlich macht. Diese Entscheidung erfolgt gemeinsam unter Berücksichtigung Ihres individuellen Krankheitsgeschehens und Ihrer Lebensumstände.

Für die Videositzungen gelten folgende Regelungen:

1. Die Sitzungen werden nur von Ihrer Therapeutin durchgeführt.
2. Für die psychotherapeutischen Videositzungen wird WebPRAX, ein von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) zertifizierter Anbieter, genutzt, der eine technisch sichere Ende-zu-Ende-Verschlüsselung vorhält. Die Inhalte können durch den Videodienstanbieter weder eingesehen noch gespeichert werden.
3. Die Sitzungen finden in ruhigen, geschlossenen Räumen statt, die eine angemessene Privatsphäre und Vertraulichkeit sicherstellen.
4. Zu Beginn der Sitzungen müssen beide Seiten alle im Raum anwesenden Personen vorstellen. Die Sitzung darf von keiner Teilnehmerin mitgeschnitten oder gespeichert werden. Wichtiger Hinweis für Sie: Der Datenschutz in der psychotherapeutischen Videositzung hängt auch davon ab, wie gut Ihr Rechner (beziehungsweise Tablet, PC, Smartphone etc.) abgesichert ist. Schadprogramme können Videoübertragungen aufzeichnen und weiterleiten. Zum Schutz gehören unter anderem ein aktuelles Betriebssystem, ein aktuelles Virenschutzprogramm sowie eine aktivierte Firewall.

Hiermit willige ich,

_____

Name, Vorname der Patientin / des Patienten

in die Durchführung von psychotherapeutischen Videositzungen unter den oben genannten Voraussetzungen ein.

Mir ist bekannt, dass die Einwilligung jederzeit widerrufen werden kann. Hierfür ist eine mündliche Mitteilung an meine Therapeutin ausreichend.

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift