

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Institut für Psychologie**Zentrum für Psychologische PsychotherapieWollweberstraße 1-317489 Greifswald |  | Anfrage-Nummer: |  |
|  | Pat.-Nummer: |  |
| Tel.: 03834 420 3738E-Mail: zpp@uni-greifswald.de |  |  |  |

# THERAPIEANFRAGE

Guten Tag,

wir freuen uns über Ihr Interesse an einer Behandlung im Zentrum für Psychologische Psychotherapie (ZPP) der Universität Greifswald!

Mit diesem Formular können Sie sich für die Eingangsdiagnostik anmelden. Sämtliche Angaben werden selbstverständlich streng vertraulich behandelt.

Im Anschluss an Ihre Anfrage senden wir Ihnen umgehend einen Link zur digitalen Version des **Eingangsfragebogens** zu, den Sie bequem **online** ausfüllen können. *(Alternativ können Sie auch die Papierversion nutzen. Um die Lesbarkeit sicherzustellen, möchten wir Sie in dem Fall herzlich bitten, in Druckbuchstaben zu schreiben.)*

Bitte lassen Sie uns das Formular vollständig ausgefüllt und unterschrieben zukommen. Wir möchten Sie zudem darum bitten, die **Bestätigung und** **Einwilligungserklärungen** am Ende des Fragebogens und die Informationen zur Behandlung zu beachten. Nach Eingang Ihrer Anfrage melden wir uns zeitnah bei Ihnen zurück.

Sollten bei Ihnen Rückfragen zu den Informationen zur Diagnostik und Therapie auftauchen, können Sie uns sehr gern anrufen oder eine Mail senden. Sie erreichen uns unter folgender Nummer: 03834 420 3738 oder per E-Mail: zpp@uni-greifswald.de

Um den Eingangsfragebogen zu erhalten, unterschreiben Sie bitte hier:

|  |
| --- |
| Ich interessiere mich für eine ambulante Behandlung am Zentrum für Psychologische Psychotherapie (ZPP) der Universität Greifswald. Ich bitte Sie, mir den Eingangsfragebogen *(bitte ankreuzen)*☐ in der digitalen Version *(bevorzugt)* ☐ in der Papierversionzuzusenden und mich anschließend für die Psychotherapeutische Sprechstunde vorzumerken. |
| Datum: | Unterschrift: |

|  |
| --- |
| *Bearbeitungsvermerk (wird vom ZPP ausgefüllt)* |
| ☐ Telefonisch und schriftlich nicht erreichbar |
| ☐ Kein Bedarf mehr |
| ☐ Sonstiges: |
| Datum: | Unterschrift: |

# 1. ANGABEN ZUR PERSON

|  |  |
| --- | --- |
| **Name, Vorname:** |  |
| **Anschrift:** |  |
|  |  |
| **Krankenkasse:** |  | ☐ privat☐ gesetzlich |
| **Telefon:** |  |  |
| **Email:** |  |  |  |
| **Wann sind Sie am besten telefonisch erreichbar?** |  |

### **2. Informationen zur Diagnostik und Therapie**

Um die Therapie möglichst gut auf Ihre individuellen Bedürfnisse, Voraussetzungen und Ziele abzustimmen legen wir Wert auf eine umfassende diagnostische Untersuchung im Vorfeld einer Behandlung, welche im Folgenden genauer beschrieben wird.

Als Universitäres Institut leistet das ZPP über die Behandlung von Menschen mit psychischen Erkrankungen hinaus einen relevanten Beitrag in der Erforschung psychischer Erkrankungen und deren Therapie. Mit dem Schwerpunkt der *Verfahrensübergreifenden* *Mechanismen-basierten personalisierten Psychotherapie* werden die Wirkprinzipien der Psychotherapie gezielt beforscht, um diese in Zukunft noch besser an individuellen Bedarfen zu orientieren und somit zu optimieren. Die Ergebnisse unserer Psychotherapieforschung kommen somit sowohl Ihnen, als auch zukünftigen Betroffenen zugute.

Eine zentrale Aufgabe des ZPP ist es ebenfalls, Psycholog\*innen nach Ihrem universitären Abschluss für die praktische Tätigkeit als Psychotherapeut\*in aus- bzw. weiterzubilden.

Um diese Ziele zu verwirklichen, sind wir auf Ihre Mitarbeit angewiesen. Die Möglichkeiten Ihrer Mitarbeit werden im Folgenden beschrieben.

**2.1 Ablauf der Psychotherapie am ZPP**

Das ZPP bietet ambulante Psychotherapie für Erwachsene im Einzel- und Gruppenformat sowohl in Form von Kurzzeit- als auch Langzeittherapien
an. Welche Therapieform/-dauer am besten zu Ihnen und Ihren Anliegen passt, wird gemeinsam mit Ihrem\*Ihrer zuständigen Therapeut\*in bestimmt.

1.) Nach Eingang Ihrer Therapieanfrage und des diagnostischen Eingangsfragebogens erfolgt sehr zeitnah eine Einladung zur gesetzlich vorgeschriebenen ***Sprechstunde*** bei einem\*einer approbierten Therapeut\*in. Diese dient der ersten Einschätzung Ihrer Beschwerden und Anliegen, einer ersten diagnostischen Einordnung, welche an Sie zurückgemeldet wird und der Entscheidung, ob eine Behandlung bei uns sinnvoll und möglich ist und wie diese gestaltet werden kann. Sie werden anschließend auf unsere Warteliste für einen Therapieplatz aufgenommen, oder ggf. über geeignete Alternativen aufgeklärt.

2.) Wenn ein Behandlungsplatz frei wird, meldet sich Ihr\*e Behandler\*in telefonisch bei Ihnen und Sie vereinbaren einen Termin zum ***Erstgespräch***. Die Wartezeit kann je nach Zeitpunkt des Ersuchens und Verdachtsdiagnose unterschiedlich sein.

Im Erstgespräch wird der\*die Behandler\*in einen ersten persönlichen Eindruck in Ihre Problematik und Ihre Erwartungen erhalten. Ihnen soll das Erstgespräch ermöglichen, Ihre\*n Therapeut\*in und die Behandlungseinrichtung kennenzulernen. Wenn Sie sich dafür entscheiden, von unserem Behandlungsangebot Gebrauch zu machen, wird als nächstes ein Termin für den Beginn der diagnostischen Untersuchung vereinbart.

3.) Die sogenannte ***Probatorik*** (ca. 4-7 Sitzungen) beinhaltet sowohl ausführliche Interviews mit Ihrem\*Ihrer Therapeut\*in sowie spezielle psychotherapeutische Fragebögen, um Hintergründe und Bedingungen Ihrer Erkrankung genauer eingrenzen zu können. Außerdem findet zur Abklärung somatischer Ursachen eine Untersuchung bei Ihrem Hausarzt oder Ihrer Hausärztin statt. Nach Abschluss der Diagnostik wird dann ein Antrag zur Feststellung der Leistungspflicht bei Ihrer Krankenkasse gestellt, sofern Sie dies wünschen.

4.) Sobald eine Zusage Ihrer Krankenkasse vorliegt, wird Ihnen zur ***Therapievorbereitung*** auf Grundlage der diagnostischen Ergebnisse mitgeteilt, welche Behandlungsdiagnose(n) gestellt wurde(n) und es wird ein individuell zugeschnittener Therapievorschlag unterbreitet. Hier sollten Erfolgserwartungen, mögliche Risiken und Nebenwirkungen und ggf. alternative Behandlungsoptionen in und außerhalb des ZPP besprochen werden und alle offenen Fragen organisatorischer oder inhaltlicher Art geklärt werden. Anschließend sollen Sie sich frei und hinreichend informiert für oder gegen den unterbreiteten Therapievorschlag entscheiden können.

5.) Nachdem Sie sich für die Aufnahme der ***Therapie*** entschlossen haben, vereinbaren Sie mit Ihrem\*Ihrer Therapeut\*in alle weiteren Termine. Sowohl die zeitliche als auch inhaltliche Gestaltung der Therapie fällt entsprechend des unterbreiteten Therapievorschlags sehr unterschiedlich aus. Es werden jedoch jeweils die psychotherapeutischen Verfahren und Methoden eingesetzt, welche nach dem aktuellen Forschungsstand den größtmöglichen Erfolg für die Behandlung Ihres individuellen Anliegens versprechen. Üblicherweise finden Einzeltherapien wöchentlich mit einer Sitzungslänge von 50 Minuten statt.

6.) Gegen Ende der Therapie schließt sich die ***Selbstkontrollphase und Abschluss*** der Therapie an. Häufig, jedoch nicht zwingend, werden hier die Sitzungsabstände vergrößert um Therapieerfahrungen mit niederschwelliger therapeutischer Begleitung im Alltag zu erproben, in den Sitzungen nach zu besprechen und schrittweise die Ablösung von der therapeutischen Begleitung zu vollziehen. Zum Abschluss dieser Phase wird in einem Gespräch mit dem\*der Therapeut\*in der gesamte Behandlungsverlauf ausgewertet.

**2.2 Fragebögen und diagnostische Gespräche**

Folgende Untersuchungen finden obligatorisch im Rahmen der Diagnostik und Psychotherapieforschung bei uns statt:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Untersuchung | Zeitpunkt und Information | Durchführung |
| Eingangsdiagnostik | Vor der Sprechstunde:1. Therapieanfrage (das vorliegende Dokument)2. Eingangsfragebogen (Link wird Ihnen zugesandt1)Dauer: ca. 1 Stunde | Selbständig |
| Diagnostisches Interview (DIPS) | Nach Beginn der probatorischen Sitzungen mit Bezugstherapeut\*in:Strukturiertes Interview, Erfassung von Symptomen als Grundlage der DiagnosestellungDauer: ca. 2-4 Sitzungen | Therapeut\*in |
| Therapievorbereitung | Online-Fragebogen (Link wird Ihnen zugesandt)Dauer: ca. 45 Min | Selbständig |
| Verlaufsmessung | Vor und nach der Therapiesitzungen werden Kurzfragebögen zur Symptombelastung, zur Auseinandersetzung mit den Therapieinhalten sowie zur gerade durchgeführten Therapiestunde bearbeitet. Die Ergebnisse können in einer grafischen Oberfläche betrachtet werden, durch welche Ihr\*e Therapeut\*in und Sie relevante Rückmeldungen erhalten. (Dauer: jeweils ca. 2 Min) | Selbständig/ Therapeut\*in |
| Post-Messung | Nach der Therapieabschluss:Online-Fragebogen zur Überprüfung Ihres BehandlungsergebnissesDauer: ca. 1 Stunde | Selbständig/ Therapeut\*in |
| Nachuntersuchung | 3, 6, 12 und 24 Monate zur Überprüfung des langfristigen BehandlungsergebnissesDauer: ca. 1 Stunde pro Untersuchung | Selbständig |

1In Ausnahmefällen kann die Fragebogendiagnostik auch in Papierform durchgeführt werden.

**2.3 Video- und Audioaufnahmen**

Die Therapiesitzungen im ZPP (inklusive Probatorik) werden mit Hilfe von Video- und/oder Audiogeräten aufgezeichnet. Diese Aufnahmen bilden die Grundlage für eine professionelle Supervision der Therapie durch den\*die zuständige\*n Supervisor\*in der Ambulanz. Hierbei handelt es sich um erfahrene, entsprechend qualifizierte und akkreditierte Therapeut\*innen, welche die Diagnosestellung, Behandlungsplanung und -durchführung in regelmäßigen Treffen mit dem\*der behandelnden Therapeut\*in begleiten. Hierdurch wollen wir die hohe psychotherapeutische Qualität der Behandlung sicherstellen. Der\*die Supervisor\*in ist nicht direkt in die Behandlung involviert.

Darüber hinaus können Sie darin einwilligen, dass Video- und Audioaufzeichnungen von Ihren Therapiesitzungen auch zu Forschungs- und Lehrzwecken verwendet werden dürfen. Die Auswertung von aufgezeichneten Therapiesitzungen liefert wichtige Erkenntnisse für die stetige Weiterentwicklung und Verbesserung von Psychotherapie. Eine Freigabe Ihrer Aufnahmen zu Forschungs- und Lehrzwecken ist (im Gegensatz zur Aufzeichnung für Supervisionszwecke) aber keine Voraussetzung für die Behandlung am ZPP und vollständig freiwillig. Rückfragen dazu können Sie sehr gern auch in der Sprechstunde stellen.

Nach Beendigung Ihrer Behandlung werden alle Ton- und/oder Video-Aufzeichnungen gelöscht.

**2.4 Einbezug von Studierenden in die Psychotherapie und Patient\*innen in Lehrveranstaltungen**

Am ZPP werden Psychotherapien im Rahmen des *Ausbildungsstudienganges Psychologische Psychotherapie für Verhaltenstherapie* (APPVT) sowie des Master-Studienganges *Psychologie im Schwerpunkt* *Klinische Psychologie und Psychotherapie* (aktuell Verhaltenstherapie und tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie) durchgeführt.

Damit die Studierenden und Psycholog\*innen in Weiterbildung bestmöglich auf den zukünftigen Beruf des\*der Psychotherapeut\*in vorbereitet werden, werden wir Sie gegebenenfalls fragen, ob eine Hospitation in bzw. Durchführung von Diagnostik- oder Therapiesitzungen möglich ist. Wenn die Studierenden die Diagnostik oder Therapiesitzungen selbstständig durchführen, werden sie dabei selbstverständlich eng von approbierten Psychotherapeut\*innen supervidiert und unterstützt.

Zudem werden wir gegebenenfalls mit der Frage an Sie herantreten, ob Sie in Lehrveranstaltungen wie Seminaren und Vorlesungen über Ihre Erfahrungen mit der psychischen Erkrankung und/oder Ihrer Psychotherapie berichten möchten.

Selbstverständlich können Sie sowohl den Einbezug von Studierenden in Ihre Psychotherapie oder Diagnostik als auch Ihren Einbezug in Lehrveranstaltungen ablehnen.

**2.5 Hinweise zu Datenverarbeitung**

Alle erhobenen Informationen unterliegen der gesetzlich vorgeschriebenen Schweigepflicht. Im Rahmen der Fragebogenuntersuchungen werden Daten bezüglich Ihrer psychischen Gesundheit pseudonymisiert erhoben und gespeichert. **„Pseudonymisiert“** bedeutet, dass in den übermittelten Daten kein Bezug auf Ihren Namen enthalten ist, die Daten erhalten eine künstliche Kennung, bestehend aus Buchstaben und Zahlen. Ihre Daten sind gegen unbefugten Zugriff geschützt. Eine Zuordnung der Daten zu Ihrer Person ist nur über eine im ZPP separat hinterlegte Identifikationsliste möglich.

Die wissenschaftliche Auswertung erfolgt, unter Einhaltung des Datenschutzes, durch Prof. Dr. Eva-Lotta Brakemeier und ihre Mitarbeiter\*innen des Instituts für Psychologie der Universität Greifswald.

Falls Daten, z.B. im Rahmen von wissenschaftlichen Kooperationsprojekten im In- oder Ausland, weitergegeben werden, erfolgt dies ausschließlich zu statistischen/ wissenschaftlichen Zwecken und in vollständig anonymisierter Form. **„Anonymisiert“** bedeutet, dass die Daten nicht mehr Ihrer Person zugeordnet werden können.

**2.6 Entstehen für mich durch die Teilnahme an den Untersuchungen zusätzliche Kosten? Ist eine Aufwandsentschädigung vorgesehen?**

Durch Ihre Teilnahme an unseren Untersuchungen entstehen für Sie keine zusätzlichen Kosten. Entsprechend können wir Ihnen für die Teilnahme leider keine Aufwandsentschädigung zahlen.

Die Erhebung und Auswertung dieser Daten bedürfen natürlich Ihrer ausdrücklichen Zustimmung. Wir möchten Sie daher bitten, die beigefügte Einwilligungserklärung auszufüllen, zu unterschreiben und zusammen mit Ihrem Eingangsfragebogen zurückzuschicken bzw. in der Ambulanz abzugeben. Ebenso finden Sie nachfolgend die Vereinbarung über die Zahlung eines Ausfallhonorars. Wir bitten Sie, diese ebenfalls zu unterschreiben.

**2.7 Chancen und mögliche Risiken von Diagnostik und/oder Psychotherapie**

Psychotherapie gilt als ein effektives und nützliches Behandlungsangebot zur nachhaltigen Linderung von belastenden Symptomen, zum Erwerb neuer Kompetenzen, zur Steigerung der Widerstandskraft und Erlangung innerer Stärke. Wie bei allen wirksamen Behandlungen können jedoch auch unerwünschte, meist temporäre, „Nebenwirkungen“ auftreten. Im Folgenden seien bekannte potenzielle Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie aufgeführt, um Ihnen eine informierte Entscheidung für/ gegen Psychotherapie zu ermöglichen:

* Psychotherapie kann als zeitliche oder emotionale Belastung empfunden werden.
* Neue Erkenntnisse oder Verhaltensweisen aus der Therapie können Einfluss auf bisherige Lebensweisen und das Beziehungsgefüge eines Menschen haben und ggf. zu inneren oder zwischenmenschlichen Konflikten führen.
* Partnerschaftliche, familiäre und freundschaftliche Beziehungen können sich dadurch verändern, verbessern oder verschlechtern.
* Berufliche Veränderungen in positiver und negativer Weise können auftreten.
* Es kann temporäre, in Einzelfällen auch langanhaltende, Phasen der Symptomverschlechterung und/ oder starker emotionaler Belastung geben.
* Es können Phasen von Selbstüberschätzung und/oder Selbstzweifel auftreten.
* Die psychotherapeutische Beziehung ist eine bezahlte Arbeitsbeziehung und eine private Beziehung jeglicher Art ist ausgeschlossen und gesetzlich untersagt. Gleichzeitig ist es eine exklusive Vertrauensbeziehung im regelmäßigen persönlichen Kontakt. Hierdurch kann es in unerwünschter Weise zu persönlichen Verstrickungen in der Beziehung zum\*zur Psychotherapeut\*in kommen (Bspw. Entwicklung romantischer Gefühle oder Gefühle der „Abhängigkeit“ von der therapeutischen Begleitung). Entsprechende Entwicklungen dürfen und sollten direkt in der Therapie oder alternativ mit der Ambulanzleitung besprochen werden.
* Im Rahmen der biografischen Anamnese und im weiteren Therapieverlauf kann es zur Bewusstwerdung bisher unzugänglicher Gedächtnisinhalte kommen, was starke emotionale Belastungen oder Implikationen für die Gegenwart nach sich ziehen kann.
* Unter Umständen besteht, insbesondere bei suggestiven Verfahren, das Risiko der Induktion oder Verfestigung von Fehlerinnerungen/ Fehldeutungen oder Fehlanschuldigungen, welche auch nach Therapieabschluss fortbestehen und/ oder die Patient\*innen belasten können.
* Die Einnahme von Medikamenten und/ oder paralleler weiterer Psychotherapien/ psychosozialer Beratungen können auf die Psychotherapie Einfluss haben und sollten mit Ihrem\*Ihrer Psychotherapeut\*in besprochen werden.
* Trotz aller Mechanismen zur Qualitätssicherung unserer angebotenen Therapien kann es im Einzelfall zu absichtlichem oder unabsichtlichem individuellem Fehlverhalten durch Behandler\*innen kommen (Bspw. Fehldeutungen von Befunden oder Informationen aus der Therapie, Abweichung von Fachstandards bzgl. Diagnostik, Behandlung oder interpersonellem Verhalten etc.), welche unmittelbar in der Therapie selbst oder mit der Ambulanzleitung besprochen werden sollten.
* Während der Durchführung diagnostischer Fragebögen oder Interviews, auch vor Beginn der eigentlichen Therapie, kann es bereits zu stärkerer emotionaler Belastung kommen. Wenn die Belastungen zu groß werden, können Sie selbstverständlich zu jeder Zeit das Ausfüllen von Fragebögen oder die Durchführung der Interviews unterbrechen, ohne dass Ihnen daraus Nachteile entstehen. Sie werden unter anderem regelmäßig zu dem Thema Suizid befragt. Sollten Sie aktuell keinen Abstand mehr von lebensmüden Gedanken nehmen können oder sich in einer akuten Krisensituation befinden, können Sie sich bei den folgenden Stellen melden, um sofortige Hilfe zu bekommen:

**Der sozialpsychiatrische Dienst** (erreichbar von 8.00 bis 16.00 Uhr):

Greifswald: 03834 8760-2401

Greifswald Umland: 03834 8760-2502

Anklam: 03834 8760-2422

Pasewalk: 03834 8760-2455

E-Mail: gesundheitsamt@kreis-vg.de

**Telefonseelsorge:** 0800 1110111 (evangelisch)

0800 1110222 (katholisch)

oder 116123

**Notruf:** 112



**Bestätigung der Therapiebedingungen und**

**Einwilligungen**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
| Name, Vorname |  | Geburtsdatum |

 Greifswald, den \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Mit \* gekennzeichnete Bestätigungen sind Voraussetzung für eine Behandlung am ZPP. Bei Rückfragen können Sie sich gern an uns wenden.**

Die Einwilligungen in dieser Erklärung sind vollkommen freiwillig. Sie können jederzeit ohne Angabe von Gründen und mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden, soweit nicht gesetzliche Pflichten oder die ordnungsgemäße Abwicklung der Therapievereinbarung dem entgegenstehen.

**Allgemeine Aufklärung\***

Hiermit erkläre ich, dass ich über den Ablauf, die besonderen Bedingungen und mögliche Risiken & Nebenwirkungen einer psychotherapeutischen Behandlung im Zentrum für Psychologische Psychotherapieder Universität Greifswald informiert wurde. Insbesondere in Bezug auf die Dokumentation meiner persönlichen Daten und meines Therapieverlaufs in der Patientenakte, in der Rechneranlage sowie auf Ton- und Bilddatenträgern wurde ich informiert. Die Patient\*innen-Informationen zum Datenschutz habe ich zur Kenntnis genommen.

X \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Unterschrift

**Therapiedokumentation\***

Zur Planung und Beantragung, Durchführung, Abrechnung und zur Dokumentation meiner psychotherapeutischen Behandlung werden Informationen über mich und meine Problemstellung erhoben und ausgewertet. Für den Schutz meiner Daten sind angemessene Maßnahmen vorgesehen. Die Patient\*inneninformation zum Datenschutz bzgl. der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner personenbezogenen Daten für diese Zwecke habe ich zur Kenntnis genommen.

X \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Unterschrift

**Schweigepflichtsentbindung (intern)\***

Sämtliche Behandlungen am Zentrum für Psychologische Psychotherapie werden supervidiert (Einzel- und Gruppensupervision). Soweit für diesen Zweck erforderlich, entbinde ich meine\*n Behandler\*in und die Ambulanz von der Schweigepflicht gegenüber dem /der zuständigen Supervisor\*in (und dessen\*deren Stellvertreter\*in) bzw. den ambulanzinternen Teilnehmer\*innen der Gruppensupervision.

X \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Unterschrift

**Forschungsbezogene Datenverwendung**

Der Verlauf und der Erfolg jeder Psychotherapie am ZPP wird durch regelmäßige Fragebogenerhebungen erfasst. Alle therapiebezogenen Daten werden nach Ablauf Ihrer Behandlung – pseudonymisiert, d.h. ohne Ihren Namen oder sonstige Personendaten – in den Datenbestand des ZPP übernommen. Ihre Daten sind gegen unbefugten Zugriff geschützt. Eine Zuordnung der Daten zu Ihrer Person ist nur über eine im ZPP separat hinterlegte Identifikationsliste möglich.

Die wissenschaftliche Auswertung erfolgt, unter Einhaltung des Datenschutzes, durch Prof. Dr. Eva-Lotta Brakemeier und ihre Mitarbeiter\*innen des Instituts für Psychologie der Universität Greifswald.

Falls Daten, z.B. im Rahmen von wissenschaftlichen Kooperationsprojekten im In- oder Ausland, weitergegeben werden, erfolgt dies ausschließlich zu statistischen/wissenschaftlichen Zwecken und in vollständig anonymisierter Form. **„Anonymisiert“** bedeutet, dass die Daten nicht mehr Ihrer Person zugeordnet werden können.

Ich willige allumfassend in die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten für forschungsbezogene Zwecke ein.

X \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Unterschrift

**Videoaufzeichnungen: Einwilligung zu Zwecken der Vor- und Nachbereitung und Supervision der Therapiesitzungen**

Ich willige ein, dass im Rahmen meiner Behandlung Gesprächsaufzeichnungen in Wort und Bild erstellt werden und dass diese zur Optimierung der Behandlung und Supervision genutzt werden. Es wird dafür Sorge getragen, dass die Schutzbelange meiner Person vollständig gewahrt bleiben: Einblick erhalten nur Personen, die mit meiner Behandlung beruflich befasst sind und der Schweigepflicht unterliegen. Die Aufnahmen werden spätestens nach Abschluss der Therapie gelöscht.

X \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Unterschrift

**Videoaufzeichnungen: Einwilligung zur Verwendung zu Forschungszwecken**

Ich willige ein, dass die im Rahmen meiner Behandlung erstellten Video- und Audioaufzeichnungen zu Forschungszwecken genutzt werden dürfen. Es wird dafür Sorge getragen, dass die Schutzbelange meiner Person vollständig gewahrt bleiben: Zugriff erhalten nur Personen, die mit der wissenschaftlichen Auswertung der Aufnahmen beauftragt sind und der Schweigepflicht unterliegen. Die Aufnahmen werden spätestens nach Abschluss der Therapie gelöscht.

X \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Unterschrift

**E-Mail-Kontakte**

Mir ist bekannt, dass E-Mails **nicht** den Ansprüchen des Datenschutzes und damit der therapeutischen Schweigepflicht genügen. Ich willige dennoch damit ein, dass Organisatorisches wie z.B. Terminabsprachen per E-Mail getroffen werden können.

X \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Unterschrift

## Vereinbarung über die Zahlung eines Ausfallhonorars

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
| Name, Vorname |  | Geburtsdatum |

Das Zentrum für Psychologische Psychotherapie (ZPP) ist eine Behandlungseinrichtung, die nach dem Bestellsystem arbeitet, d.h. für Sie sind zu dem vereinbarten Termin sowohl der\*die Therapeut\*in als auch der Raum reserviert. Erscheinen Sie zu einer vereinbarten Therapiestunde nicht, werden die Kosten für diese Stunde von der Krankenkasse nicht übernommen und es entsteht ein Ausfall. Deshalb möchten wir Sie bitten, die folgende Vereinbarung sorgfältig durchzulesen und zu unterschreiben:

Ich wurde darüber informiert, dass ich der Ambulanz für vereinbarte, aber nicht in Anspruch genommene Behandlungsstunden ein Ausfallhonorar schulde, wenn ich diese nicht oder erst innerhalb von 48 Stunden vor einem vereinbarten Termin absage, sofern es nicht möglich ist, den Termin mit der Behandlung eines\*einer anderen Patient\*in zu belegen.

Sofern ich während einer laufenden Therapie die Krankenkasse wechsele, und dies dem ZPP nicht mitteile aber trotzdem Behandlungsstunden in Anspruch nehme (ohne Bewilligung der neuen Krankenkasse), fällt ebenfalls ein Ausfallhonorar für die erbrachten Leistungen an, die nicht abgerechnet werden können.

Das Ausfallhonorar ist nicht geschuldet, wenn die Terminabsage schuldlos (z.B. im Krankheitsfall bei Vorlage eines ärztlichen Attests) erfolgt.

Das Ausfallhonorar fällt in der Höhe des Kassensatzes an. Derzeit beträgt dieser 84,61 € für eine probatorische Sitzung und 112,30 € für eine psychotherapeutische Behandlungseinheit (je 50 min; Stand: Januar 2024; https://www.kbv.de/html/online-ebm.php).

Durch meine Unterschrift erkenne ich die o.g. Bedingungen an.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | X |
| Ort, Datum |  | Unterschrift |