

Institut für Psychologie
Zentrum für Psychologische Psychotherapie
Wollweberstraße 1-3
17489 Greifswald

Anfrage-Nummer: _____

Tel.: 03834 420 3738
E-Mail: zpp@uni-greifswald.de

SPRECHSTUNDEN-ANFRAGE

Guten Tag,

da aktuell sehr viele Menschen zu lange auf einen Therapieplatz bei uns warten, können wir leider, gegeben unserer begrenzten Ressourcen, derzeit keine weiteren Therapieplätze anbieten. Im Rahmen einer psychotherapeutischen Sprechstunde können wir Ihnen jedoch sehr gerne eine Beratung in Aussicht stellen. Gemeinsam können wir während dieser psychotherapeutischen Sprechstunde herausfinden, ob bei Ihnen der Verdacht auf eine psychische Erkrankung besteht und welche (therapeutischen) Unterstützungsangebote hilfreich sein könnten.

Mit diesem Formular können Sie sich für die Eingangsdiagnostik vor der psychotherapeutischen Sprechstunde 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 zu beachten. Nach Eingang Ihrer Anfrage melden wir uns zeitnah bei Ihnen zurück.

Sollten bei Ihnen Rückfragen auftauchen, können Sie uns sehr gern anrufen oder eine Mail senden. Sie erreichen uns unter folgender Nummer: 03834 420 3738 oder per E-Mail: katrin.schlapmann@uni-greifswald.de.

Um den Eingangsfragebogen zu erhalten, unterschreiben Sie bitte hier:

Ich interessiere mich für eine psychotherapeutische Sprechstunde am Zentrum für Psychologische Psychologie (ZPP) der Universität Greifswald. Ich bitte Sie, mir den Eingangsfragebogen *(bitte ankreuzen)*

☐ in der digitalen Version *(bevorzugt)* ☐ in der Papierversion

zuzusenden und mich anschließend für die Psychotherapeutische Sprechstunde vorzumerken.

Datum:

Unterschrift:

<i>Bearbeitungsvermerk (wird vom ZPP ausgefüllt)</i>	
<input type="checkbox"/> Telefonisch und schriftlich nicht erreichbar <input type="checkbox"/> Kein Bedarf mehr <input type="checkbox"/> Sonstiges:	
Datum:	Unterschrift:

1. ANGABEN ZUR PERSON

Name, Vorname: _____

Anschrift: _____

Telefon: **privat** _____ **dienstlich** _____

Email: _____

Wann sind Sie am besten telefonisch erreichbar? _____

2. INFORMATIONEN ZUR DIAGNOSTIK UND SPRECHSTUNDE

Über die Behandlung psychischer Erkrankungen hinaus gehört es zu den Aufgaben und Zielen des ZPP, die Ursachen und Entstehungsbedingungen psychischer Erkrankungen und ihre Behandlung zu erforschen. Wenn wir die Entstehung und Aufrechterhaltung von psychischen Erkrankungen sowie die Wirkmechanismen der Psychotherapie besser verstehen, können wir die Psychotherapie gezielter an jede Patientin und jeden Patienten anpassen und somit die Wirksamkeit verbessern. Die Ergebnisse unserer Psychotherapieforschung kommen also sowohl Ihnen, als auch weiteren Patientinnen und Patienten in der Zukunft zugute.

Schließlich gehört es zu unserer Aufgabe, Studierende auf den Beruf der Psychotherapeutin / des Psychotherapeuten vorzubereiten und darin auszubilden.

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

2.1 Eingangsdiagnostik vor Durchführung der Sprechstunde

Die Fragebogendiagnostik als Voraussetzung für die Einladung zur Sprechstunde dient vor allem der optimalen Vorbereitung Ihrer Sprechstunde. Mit den zusätzlichen Informationen ist es uns möglich, zielgerichteter auf Ihre Bedürfnisse und Probleme im Gespräch einzugehen und den Verdacht auf eine psychische Erkrankung besser zu klären sowie individualisierter Hilfsangebote aufzuzeigen. Ebenso dient die Erhebung der Daten der Beantwortung unserer Forschungsfragen der oben genannten Ziele.

2.2 Video- und Audioaufnahmen

Zur Dokumentation werden die Sprech- sowie Behandlungsstunden mit Hilfe von Video- und/oder Audiogeräten aufgezeichnet. Diese Aufnahmen bilden die Grundlage für eine professionelle Supervision der Therapie durch die jeweilige Supervisorin oder den Supervisor der Ambulanz. Hierdurch wollen wir die hohe psychotherapeutische Qualität der Behandlung sicherstellen.

2.3 Einbezug von Studierenden in die Psychotherapie und Patient*innen in Lehrveranstaltungen

Am ZPP werden Psychotherapien im Rahmen des Ausbildungsstudienganges Psychologische Psychotherapie (APPVT), der Diplom- und Master-Psycholog*innen zu Verhaltenstherapeut*innen ausbildet, durchgeführt. Außerdem findet ein Teil der Ausbildung Psychologiestudierender der Universität Greifswald (Bachelor und Master) am ZPP statt. Im Rahmen dieser Zusammenarbeit wollen wir den Studierenden und zukünftig Therapierenden unsere umfangreichen Erfahrungen in der Behandlung psychischer Erkrankungen weitergeben, um sie bestmöglich auf den zukünftigen Beruf des*der Psychotherapeut*in vorzubereiten. Wir werden daher gegebenenfalls mit der Bitte an Sie herantreten, einer*einem Ihnen vorgestellten Studierenden die Teilnahme an der Sprechstunde zu ermöglichen.

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 als auch Ihren Einbezug in Lehrveranstaltungen ablehnen.

2.4 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.

Die aktuellen Patienteninformationen zum Datenschutz bzgl. Erhebung, Verarbeitung und Nutzung Ihrer personenbezogenen Daten für diese Zwecke finden Sie unter folgender Adresse:

<https://zpp.uni-greifswald.de/psychotherapie/informationen-fuer-unsere-patientinnen/>

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.

2.5 Welche Risiken sind mit der Teilnahme an den Untersuchungen verbunden?

Das Ausfüllen der Fragebögen und die Durchführung der Sprechstunde können möglicherweise belastend für Sie sein. Wenn die Belastungen zu groß werden, können Sie selbstverständlich zu jeder Zeit das Ausfüllen von Fragebögen oder die Durchführung der Sprechstunde unterbrechen, ohne dass Ihnen daraus Nachteile entstehen. Sie werden unter anderem zu dem Thema „lebensmüde (suizidale) Gedanken und Pläne“ befragt. Sollten Sie 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

2.6 Entstehen für mich durch die Teilnahme an der Eingangsdiagnostik zusätzliche Kosten? Ist eine Aufwandsentschädigung vorgesehen?

Durch Ihre Teilnahme an unserer Eingangsdiagnostik entstehen für Sie keine zusätzlichen finanziellen 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 untenstehende 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.

BESTÄTIGUNG DER SPRECHSTUNDENBEDINGUNGEN UND EINWILLIGUNGEN

Name, Vorname

Geburtsdatum

Greifswald, den _____

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

Die Einwilligungen in diese 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 und die besonderen Bedingungen einer psychotherapeutischen Sprechstunde im Zentrum für Psychologische Psychotherapie der Universität Greifswald informiert worden bin, insbesondere in Bezug auf die Dokumentation meiner persönlichen Daten und in der Patientenakte, in der Rechneranlage sowie auf Ton- und Bilddatenträgern. Die Patienteninformationen zum Datenschutz habe ich zur Kenntnis genommen.

X _____
Unterschrift

Sprechstundendokumentation*

Im Rahmen der therapeutischen Sprechstunde werden Informationen über mich und meine Problemstellung erhoben und ausgewertet. Für den Schutz meiner Daten sind angemessene Maßnahmen vorgesehen. Die Patienteninformationen zum Datenschutz bzgl. der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner personenbezogenen Daten für diese Zwecke habe ich zur Kenntnis genommen.

X _____
Unterschrift

Schweigepflichtsentbindung (intern)*

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

X _____
Unterschrift

Forschungsbezogene Datenverwendung

Alle stundenbezogenen Daten werden – pseudonymisiert, d.h. ohne Ihren Namen oder sonstige Personendaten – in den Datenbestand des Zentrums für Psychologische Psychotherapie 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 Sprechstunde

Ich willige ein, dass im Rahmen der Sprechstunde Gesprächsaufzeichnungen in Wort und Bild erstellt werden, und dass diese zur 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 Behandlung gelöscht.

X _____
Unterschrift

Videoaufzeichnungen: Einwilligung zur Verwendung zu Forschungszwecken

Ich willige ein, dass die im Rahmen meiner Sprechstunde 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 Behandlung 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 darin ein, dass 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 die Therapeutin bzw. der Therapeut als auch der Raum reserviert. Erscheinen Sie zu einer vereinbarten Sprechstunde 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 Sprechstunden 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 einer anderen Patientin oder eines anderen Patienten zu belegen. 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 106,18 € für eine psychotherapeutische Sprechstunde (je 50 min; Stand: März 2023; <https://www.kbv.de/html/online-ebm.php>). Durch meine Unterschrift erkenne ich die o.g. Bedingungen an.

Ort, Datum

X

Unterschrift