

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

Anfrage-Nummer: _____

Pat.-Nummer: _____

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

THERAPIEANFRAGE

Vielen Dank für Ihr Interesse an einer Behandlung am Zentrum für Psychologische Psychotherapie der Universität Greifswald. Mit diesem Formular können Sie sich für die Eingangsdiagnostik anmelden.

Sämtliche Angaben werden selbstverständlich streng vertraulich behandelt. Um die Lesbarkeit sicherzustellen, schreiben Sie bitte in Druckbuchstaben.

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.)*

Bitte lassen Sie uns das Formular vollständig ausgefüllt und unterschrieben zukommen. Beachten Sie auch die **Bestätigungen und Einwilligungserklärungen** am Ende des Fragebogens. Wir melden uns nach Eingang Ihrer Anfrage bei Ihnen. Um den Eingangsfragebogen zu erhalten, unterschreiben Sie bitte hier:

Ich interessiere mich für eine ambulante Behandlung am Zentrum für Psychologische Psychologie 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:

Bearbeitungsvermerk (wird vom ZPP ausgefüllt)

Telefonisch und schriftlich nicht erreichbar

Kein Bedarf mehr

Sonstiges:

Datum:

Unterschrift:

1. ANGABEN ZUR PERSON

Name, Vorname: _____

Anschrift: _____

Telefon: privat _____ dienstlich _____

E-Mail: _____

Wann sind Sie am besten telefonisch erreichbar? _____

2. INFORMATIONEN ZU DIAGNOSTIK UND THERAPIE

Ein wichtiger Bestandteil des Behandlungskonzepts am Zentrum für Psychologische Psychotherapie (ZPP) ist die umfassende diagnostische Untersuchung jeder Patientin und jedes Patienten. Nur so ist es möglich, Ihre Therapie individuell zu planen und auf die speziellen Besonderheiten Ihrer Erkrankung einzugehen. Hierfür werden Informationen aus unterschiedlichen psychologischen, physiologischen und medizinischen Bereichen erhoben.

Über die Behandlung psychischer Erkrankungen hinaus gehört es zu den Aufgaben und Zielen des ZPP, die Ursachen und Entstehungsbedingungen solcher Erkrankungen und ihre Behandlung zu erforschen. Nur wenn wir mehr über die genauen Bedingungen und Wirkgrößen wissen, ist es möglich, diese noch gezielter zu erfassen und individuell in der Therapie des einzelnen Patienten zu nutzen und zu berücksichtigen.

Um diese Ziele zu verwirklichen, sind wir auf Ihre Mithilfe angewiesen. Wir bitten Sie um Ihre Einwilligung, die von uns erhobenen Daten auch zu Forschungszwecken zu verwenden. So enthält die diagnostische Untersuchung am ZPP Verfahren, die uns neben Ihrer individuellen Diagnostik und Therapieplanung zusätzlich Aufschlüsse über wichtige Forschungsfragen geben. Die Ergebnisse kommen also sowohl Ihnen, als auch weiteren Patient*innen in der Zukunft zugute.

2.1 Fragebögen und diagnostische Gespräche

Im Folgenden ist eine Übersicht über die verschiedenen diagnostischen Untersuchungen aufgelistet, die Sie bei uns durchlaufen werden, wenn Sie sich für eine Psychotherapie bei uns entscheiden.

Untersuchung	Zeitpunkt und Information	Durchführung
Eingangsdiagnostik	Vor der Sprechstunde: 1 . Therapieanfrage (siehe oben) 2 . Eingangsfragebogen (Link wird Ihnen zugesandt) ¹	Selbstständig
Diagnostisches Gespräch	Nach Beginn der probatorischen Sitzungen mit Bezugstherapeut*in: Strukturiertes Interview zu Ihren Symptomen Dauer: ca. 1-2 Stunden	Diagnostiker/in
Therapievorbereitung	Online-Fragebogen (Link wird Ihnen zugesandt)	Selbstständig
Verlaufsmessung	Online-Fragebogen (Link wird Ihnen zugesandt) alle fünf Therapiesitzungen zur ständigen Überprüfung der Wirksamkeit Ihrer Behandlung Dauer: ca. 15-30 Minuten	Selbstständig/ Therapeut/in
Post-Messung	Nach der Psychotherapie: Online-Fragebogen zur Überprüfung Ihres Behandlungsergebnisses Dauer: ca. 1 Stunde.	Selbstständig/ Therapeut/in

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

2.2 Video- und Audioaufnahmen

Für die Verlaufskontrolle und Dokumentation Ihrer Therapie werden die Behandlungsstunden (mit Beginn der Sprechstunde) mithilfe von Video- und/oder Audiogeräten aufgezeichnet. Diese Aufnahmen bilden die Grundlage für eine professionelle Supervision der Therapie durch den jeweiligen Supervisor oder die Supervisorin der Ambulanz. Hierdurch wollen wir die hohe psychotherapeutische Qualität der Behandlung sicherstellen.

Am ZPP werden Psychotherapien im Rahmen des Ausbildungsstudiengangs Psychologische Psychotherapie (APPVT), der Diplom- und Master-Psychologinnen und Psychologen zu Verhaltenstherapeuten ausbildet, durchgeführt. Außerdem findet ein Teil der Ausbildung Psychologiestudierender der Universität Greifswald (Bachelor und Master) am ZPP statt. Im Rahmen dieser Zusammenarbeit wollen wir unseren Kolleginnen und Kollegen unsere umfangreichen Erfahrungen in der Behandlung psychischer Störungen weitergeben, damit diese auch anderen Patientinnen und Patienten zugutekommen. Wir werden daher gegebenenfalls mit der Bitte an Sie herantreten, einer Ihnen vorgestellten Kollegin bzw. einem Kollegen die Teilnahme an den Diagnostik- bzw. Therapiesitzungen zu ermöglichen. Selbstverständlich können Sie dies auch ablehnen.

Alle erhobenen Informationen unterliegen der gesetzlich vorgeschriebenen Schweigepflicht und werden für Forschungsfragen nur in pseudonymisierter Form verwendet. Rückschlüsse auf einzelne Personen sind nicht möglich. Dennoch bedürfen die Erhebung und Auswertung dieser Daten 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 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.

Allgemeine Aufklärung*

Hiermit erkläre ich, dass ich über den Ablauf und die besonderen Bedingungen einer psychotherapeutischen Behandlung im Zentrum für Psychologische Psychotherapie der Universität Greifswald informiert worden bin, insbesondere in Bezug auf die Dokumentation meiner persönlichen Daten und meines Therapieverlaufs in der Patientenakte, in der Rechneranlage sowie auf Ton- und Bilddatenträgern.

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 Patenteninformationen 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 Behandler/in und die Ambulanz von der Schweigepflicht gegenüber dem/der zuständigen Supervisor/in (und dessen/deren Stellvertreter/in) bzw. den ambulanzinternen Teilnehmern der Gruppensupervision.

X _____
Unterschrift

Forschungsbezogene Datenverwendung

Der Verlauf und der Erfolg jeder Psychotherapie am Zentrum für Psychologische Psychotherapie 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 Zentrums für Psychologische Psychotherapie übernommen und ggf. im Rahmen wissenschaftlicher Untersuchungen ausgewertet. Falls Daten, z. B. im Rahmen von wissenschaftlichen Kooperationsprojekten, im In- oder Ausland weitergegeben werden, erfolgt dies ausschließlich zu statistischen/wissenschaftlichen Zwecken und Sie werden darin ausnahmslos *nicht* namentlich genannt.

Ich willige in die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner pseudonymisierten Daten für forschungsbezogene Zwecke ein.

Meine Einwilligung gilt vorbehaltlich eines jederzeit möglichen Widerrufs für zukünftige Verarbeitungen.

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 diese zur Optimierung der Behandlung und Supervision genutzt werden. Es wird dafür Sorge getragen, dass die Schutzbelange meiner Person voll gewürdigt bleiben: Einblick erhalten nur Personen, die mit meiner Behandlung beruflich befasst sind und der Schweigepflicht unterliegen. Die Aufnahmen werden spätestens zum Ende der Therapie gelöscht und nicht langfristig gespeichert.

Meine Einwilligung gilt vorbehaltlich eines jederzeit möglichen Widerrufs für zukünftige Verarbeitungen.

X _____
Unterschrift

Emailkontakte

Mir ist bekannt, dass Emails **nicht** den Ansprüchen des Datenschutzes und damit der therapeutischen Schweigepflicht genügen. Ich willige dennoch ein, dass Terminabsprachen per Email getroffen werden können.

X _____
Unterschrift

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

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 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 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 77,90 € für eine probatorische Sitzung und 101,30 € für eine psychotherapeutische Behandlungseinheit (je 50 Min.; Stand: 11/2020; <https://www.kbv.de/html/online-ebm.php>). Durch meine Unterschrift erkenne ich die o.g. Bedingungen an.

Ort, Datum

X

Unterschrift