

**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](mailto: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 **Einverständniserklärungen** 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 Behandlungskonzeptes 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 Mitarbeit angewiesen. Wir bitten Sie um Ihre Zustimmung, 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
Eingangsdagnostik	Vor der Sprechstunde: 1. Therapieanfrage (siehe oben) 2. Eingangsfragebogen (Link wird Ihnen zugesandt) <sup>1</sup>	Selbständig
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)	Selbständig
Verlaufsmessung	Online-Fragebogen (Link wird Ihnen zugesandt) alle fünf Therapiesitzungen zur ständigen Überprüfung der Wirksamkeit Ihrer Behandlung Dauer: ca. 15-30 Minuten	Selbständig/ Therapeut/in
Post-Messung	Nach der Psychotherapie: Online-Fragebogen zur Überprüfung ihres Behandlungsergebnisses Dauer: ca. 1 Stunde.	Selbständig/ Therapeut/in

<sup>1</sup>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) mit Hilfe 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 Ausbildungsstudienganges 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 zu Gute kommen. 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 bedarf die Erhebung und Auswertung dieser Daten natürlich Ihrer ausdrücklichen Zustimmung. Wir möchten Sie daher bitten, die untenstehende Einverständniserklärung 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.

## EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

---

Name, Vorname

---

Geburtsdatum

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

Mit \* gekennzeichnete Einverständniserklärungen sind Voraussetzung für eine Behandlung am ZPP.

### 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. Ich erkläre mich mit der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung für diese Zwecke einverstanden.

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, 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 erkläre mich mit der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner - vollständig anonymisierten - Daten für forschungsbezogene Zwecke einverstanden. Mein Einverständnis gilt vorbehaltlich eines jederzeit möglichen Widerrufs.

X \_\_\_\_\_  
Unterschrift

### **Videoaufzeichnungen: Einverständnis zu Zwecken der Vor- und Nachbereitung und Supervision der Therapiesitzungen\***

Ich erkläre mich damit einverstanden, 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 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.

Mein Einverständnis gilt vorbehaltlich eines jederzeit möglichen Widerrufs.

X \_\_\_\_\_  
Unterschrift

### **Einverständnis zur Datenverwendung für die Aus- und Weiterbildung an der Universität Greifswald**

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass

Daten aus der Fragebogendiagnostik [ JA ] [ NEIN ] (bitte ankreuzen)

Bild- und Tonaufzeichnungen [ JA ] [ NEIN ] (bitte ankreuzen)

für die Aus- und Weiterbildung Psychologiestudierender sowie zukünftiger Psychotherapeutinnen und -therapeuten verwendet werden dürfen.

Es wird dafür Sorge getragen, dass die Schutzbelange meiner Person voll gewürdigt bleiben: Einblick erhalten nur Personen, die der Schweigepflicht unterliegen. Die Aufnahmen werden für den Zeitraum von fünf Jahren archiviert.

Mein Einverständnis gilt vorbehaltlich eines jederzeit möglichen Widerrufs.

X \_\_\_\_\_  
Unterschrift

### **Emailkontakte**

Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass Emails **nicht** den Ansprüchen des Datenschutzes und damit der therapeutischen Schweigepflicht genügen. Ich erkläre mich dennoch damit einverstanden, 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 ca. 80 € für eine Probatorische Sitzung und ca. 100 € für eine psychotherapeutische Behandlungseinheit (je 50 min; <https://www.kbv.de/html/online-ebm.php>).

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

---

Ort, Datum

X

---

Unterschrift