

Vor- und Nachname:

Geburtsdatum:

Alter:

Anschrift:

Telefon:

Krankenkasse:

Ich besuche folgende

Schule/Bildungseinrichtung/Arbeitsstätte: \_\_\_\_\_

Ggf. Klassenstufe/Ausbildungsjahr/Semester: \_\_\_\_\_

**Aktuelle Anamnese:**

- Bitte nennen Sie den Grund Ihrer Vorstellung in meiner Praxis:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- Wer hat Ihnen zur Vorstellung bei einem:einer Psychotherapeut:in geraten?

\_\_\_\_\_

- Wann traten die Auffälligkeiten erstmals auf?

\_\_\_\_\_

- Wann werden die Auffälligkeiten nicht gezeigt?

\_\_\_\_\_

- Welche Behandlungen und Therapien sind deshalb bisher erfolgt und wann?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- Nehmen Sie Medikamente ein?

Nein  Ja (Präparat/Dosierung): \_\_\_\_\_

**Biografische Anamnese**

- Abgesehen von den jetzigen Symptomen: Litten Sie in Ihrer Vergangenheit bereits unter (anderen) psychischen Belastungen? (Ängste, Depressionen, Selbstverletzungen etc.)

Nein  Ja, welche und wann: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- Haben Sie jemals Logo-, Ergo- oder Psychotherapie erhalten oder wurden psychologische Testungen durchgeführt?

Nein  Ja, welche und wann: \_\_\_\_\_

- Bestehen oder bestanden bei Ihnen schwere körperliche Krankheiten?

Nein  Ja, welche und wann: \_\_\_\_\_

• Traten chronische Erkrankungen auf? Nein  Ja, welche: \_\_\_\_\_

• Bestehen bei Ihnen Allergien? Nein  Ja, welche: \_\_\_\_\_

• Wurden jemals Krankenhaus- oder Reha-Aufenthalte notwendig? Nein  Ja, wann und weshalb: \_\_\_\_\_

• Haben Sie Schädelunfälle erlitten? Nein  Ja, wann und wodurch: \_\_\_\_\_

danach haben Sie sich erbrochen  waren Sie bewusstlos   
bluteten Sie aus Ohr oder Mund  traten Lähmungen auf

• Wuchsen Sie (zeitweise) in einem Heim oder in einer Pflegefamilie auf? Nein  Ja, wann und wo: \_\_\_\_\_

• Waren Ihre Eltern während Ihrer Kindheit länger als 1 Monat von Ihnen getrennt?

Elternteil A\*: Nein  Ja, wann und wie lange: \_\_\_\_\_

Elternteil B\*: Nein  Ja, wann und wie lange: \_\_\_\_\_

\*Bitte behalten Sie die gewählte Zuordnung im gesamten Fragebogen bei.

### **Schwangerschaft**

• Wie alt waren Ihre Eltern zum Zeitpunkt Ihrer Geburt? Elternteil A: \_\_\_\_\_ Jahre, Elternteil B: \_\_\_\_\_ J.

• Traten Komplikationen während der Schwangerschaft auf?

Nein  Ja, welche: \_\_\_\_\_

• Fielen in die Schwangerschaft Erkrankungen, Unfälle, Operationen oder seelische Belastungen Ihrer Eltern? Nein  Ja, welche: \_\_\_\_\_

• Wurden während der Schwangerschaft Medikamente, Alkohol, Zigaretten oder Drogen zu sich genommen? Nein  Falls ja, was und wie häufig: \_\_\_\_\_

• Welche Einstellung hatten Ihre Eltern bezüglich Ihres erwarteten Geschlechts?

Das Geschlecht war ihnen eher gleichgültig  Sie wünschten sich unbedingt ein anderes Geschlecht

• Standen Ihre Eltern der Schwangerschaft positiv gegenüber (auch falls sie ungeplant war)?

Ja  Eher nein  Weiß ich nicht

### **Geburt**

• Welches Geburtsgewicht und Körperlänge hatten Sie? \_\_\_\_\_ cm \_\_\_\_\_ g

• In welcher Schwangerschaftswoche wurden Sie geboren? \_\_\_\_\_ SSW

• Traten bei oder unmittelbar nach der Geburt Komplikationen auf?

Nein  Ja, welche: \_\_\_\_\_

### **Erste Lebensjahre**

• Traten Komplikationen während Ihres 1. Lebensjahres auf (Ernährungsstörungen, übermäßiges Schreien etc.)?

Nein  Ja, welche: \_\_\_\_\_

- Traten Störungen der motorischen Entwicklung auf?

Nein  Ja, welche: \_\_\_\_\_

- Traten Störungen der Sprachentwicklung auf?

Nein  Ja, welche: \_\_\_\_\_

- In welchem Alter haben Sie tagsüber nicht mehr eingenässt und eingekotet? \_\_\_\_\_ Jahre

- In welchem Alter haben Sie nachts nicht mehr eingenässt und eingekotet? \_\_\_\_\_ Jahre

- Wer betreute Sie vorrangig während Ihrer ersten 3 Lebensjahre?

Elternteil A  Elternteil B  Andere, nämlich: \_\_\_\_\_

- Wie verlief die Kinderpflege und -erziehung in den ersten 3 bis 4 Lebensjahren?

„Normal“ - mit den üblichen Schwierigkeiten verbunden

Es hat viele Sorgen bereitet, es war eine schwierige Zeit, weil \_\_\_\_\_

### **Kinderkrippe/Kindergarten/Schule**

- Besuchten Sie die Kinderkrippe? Ja, ab welchem Alter: \_\_\_\_\_ Jahre    Nein

- Besuchten Sie den Kindergarten? Ja, ab welchem Alter: \_\_\_\_\_ Jahre

Nein, weil: \_\_\_\_\_

Sie besuchten ihn nur kurze Zeit/wechselten ihn, weil: \_\_\_\_\_

- Gingen Sie regelmäßig in die Krippe/den Kindergarten?

Ja  Nein, weil: \_\_\_\_\_

- Gingen Sie gerne in die Krippe/den Kindergarten?

Ja  Nein, weil: \_\_\_\_\_

- Traten während der Krippen-/Kindergartenzeit Schwierigkeiten auf?

Nein  Ja, welche: \_\_\_\_\_

- In welchem Alter wurden Sie eingeschult? \_\_\_\_\_ Jahre

- Wie verlief Ihr Schulbesuch?

- Eine Klasse übersprungen, welche: \_\_\_\_\_ - Eine Klasse wiederholt, welche: \_\_\_\_\_

- Schul(form)wechsel (außer Grundschule auf weiterführende Schule):

Von \_\_\_\_\_ auf \_\_\_\_\_ im Jahr \_\_\_\_\_

weil: \_\_\_\_\_

- Traten Schulschwierigkeiten auf? (starke Ängste, aggressiv-störendes Verhalten, stark abfallende Noten, Konzentrationsprobleme etc.)

Nein  Ja, welche: \_\_\_\_\_

- Traten berufliche Schwierigkeiten auf? (Abbruch der Lehre/des Studiums, Arbeitsplatzwechsel etc.)

Nein  Ja, welche: \_\_\_\_\_

**Freizeitverhalten**

- Haben Sie eine oder mehrere enge Freundschaft/en? Ja  Nein
- Befinden Sie sich in einer Partnerschaft? Nein  Ja, seit: \_\_\_\_\_ Alter Partner:in: \_\_\_\_\_ Jahre
- Welche Hobbies haben Sie? Welchen Verein besuchen Sie? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Falls Sie nicht allein wohnen: Welche Aufgaben übernehmen Sie im Haushalt? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Rauchen Sie Zigaretten? Nein  Ja, wie viele: \_\_\_\_\_
- Trinken Sie Alkohol? Nein  Ja, was und wie oft: \_\_\_\_\_
- Nehmen Sie Drogen? Nein  Ja, was und wie oft: \_\_\_\_\_

**Identitäts- und Sexualentwicklung**

- Ggf. erste Regelblutung mit \_\_\_\_\_ Jahren.
- Beobachten Sie bei sich sexuelle Interessen oder Tätigkeiten, die Ihnen Sorgen bereiten?  
Nein  Ja  Ich bin mir unsicher / Ich habe dazu eine Frage
- Haben Sie Sorgen im Zusammenhang mit Ihrer sexuellen Entwicklung, Sexualität, sexuellen Identität oder Geschlechtsidentität? Nein  Ja  Ich bin mir unsicher / Ich habe dazu eine Frage

**Familienanamnese**

- Alter & Geschlecht Ihrer Eltern: Elternteil A: \_\_\_\_\_ Jahre, Geschlecht (weibl./männl./divers/unbestimmt)  
Elternteil B: \_\_\_\_\_ Jahre, Geschlecht (weibl./männl./divers/unbestimmt)
- Bestehen oder bestanden bei Ihren Eltern ernsthafte körperliche Erkrankungen?  
Nein  Ja, bei wem, welche und wann: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Sind psychiatrische oder neurologische Auffälligkeiten in Ihrer Familie bekannt? (Depressionen, Sucht, Migräne, Zwänge, Ängste, Suizid etc.)  
Nein  Ja, bei wem, welche und wann: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Spielt für Sie oder in Ihrer Familie Glaube/Religion eine wichtige Rolle? Ja  Nein
- Ist Elternteil A berufstätig? Nein  Vollzeit  Teilzeit  Schichtdienst ja   
Tätigkeit als: \_\_\_\_\_ Falls abweichend, Berufs-/Studienabschluss: \_\_\_\_\_
- Wie haben Sie Elternteil A in der Erziehung Ihnen gegenüber erlebt? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Wie würden Sie das Verhältnis zwischen Ihnen und Elternteil A beschreiben? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Ist Elternteil B berufstätig? Nein  Vollzeit  Teilzeit  Schichtdienst ja   
Tätigkeit als: \_\_\_\_\_ Falls abweichend, Berufs-/Studienabschluss: \_\_\_\_\_

• Wie haben Sie Elternteil B in der Erziehung Ihnen gegenüber erlebt? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

• Wie würden Sie das Verhältnis zwischen Ihnen und Elternteil B beschreiben? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

• Wie oft und in welcher Form (Tel. etc.) haben Sie Kontakt zu Ihren Eltern? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

• Sind Ihre Eltern getrennt oder geschieden? Nein  Ja, getrennt seit \_\_\_\_\_

Wie ist das Verhältnis der getrennten Eltern zueinander? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Haben die Eltern neue Partner:innen? Elternteil A ja  Elternteil B ja

Wie verstehen Sie sich mit den neuen Partner:innen? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

• Haben Sie Geschwister? Nein

Geschlecht (w/m/d/u) Alter \_\_\_\_\_ Jahre ggf. Bildungseinrichtung/Tätigkeit \_\_\_\_\_

Geschlecht (w/m/d/u) Alter \_\_\_\_\_ Jahre Bildungseinrichtung/Tätigkeit \_\_\_\_\_

Geschlecht (w/m/d/u) Alter \_\_\_\_\_ Jahre Bildungseinrichtung/Tätigkeit \_\_\_\_\_

• Gibt es Rivalität oder bestimmte Spannungen zwischen Ihnen und bestimmten Geschwistern?

Nein  Ja, welche: \_\_\_\_\_

• Bestanden oder bestehen Erziehungsschwierigkeiten, andere Auffälligkeiten oder besondere Erkrankungen bei Ihren Geschwistern? Nein

Ja, welche: \_\_\_\_\_

• Welche Ereignisse oder Umstände haben in Ihren Augen zur Entwicklung der Symptomatik beigetragen?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

• Gibt es etwas Weiteres, das Ihnen wichtig zu erwähnen scheint?

Ja: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### **Schweigepflichtsentbindung**

Betrifft: \_\_\_\_\_  
Name, Vorname Patient:in geboren am

Im Rahmen der psychotherapeutischen Behandlung entbinde ich Frau Caroline Wieczorek von ihrer Schweigepflicht gegenüber

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Name, Vorname Lehrer:in, Arzt/Ärztin etc. inkl. Einrichtung)

Umgekehrt entbinde ich die oben genannte/n Person/en von ihrer Schweigepflicht und erlaube dieser/diesen die Weitergabe von Informationen und Daten über meine Person an die behandelnde Psychotherapeutin Frau Caroline Wieczorek.

Die Entscheidung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft schriftlich widerrufen werden.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum Unterschrift Patient:in

### **Einverständniserklärung zur Kontaktaufnahme per Anruf, Email, sms**

Beim Schreiben von Nachrichten via Email oder sms kann nicht komplett ausgeschlossen werden, dass die gesendeten Informationen nicht in die Hände Dritter gelangen.

Ich habe dies verstanden, bin mir des Risikos bewusst und erkläre mich damit einverstanden, durch die oben genannte Praxis via Email und/oder sms kontaktiert zu werden. Auch bin ich mit einer telefonischen Kontaktaufnahme einverstanden. Ich kann diese Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft schriftlich widerrufen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum Unterschrift Patient:in

### **Ausfallhonorar**

Kann ein Termin nicht wahrgenommen werden, muss er spätestens **48 Stunden** vorher abgesagt werden. Anderenfalls ist ein Ausfallhonorar in Höhe von **50,- €** zu entrichten. Dies gilt unabhängig davon, ob Sie den Grund für die verspätete Absage selbst verschuldet haben oder nicht.

Sie können diese Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft schriftlich widerrufen.

#### Salvatorische Klausel

Sollte eine der aufgeführten Vereinbarungen aufgrund der aktuellen Gesetzeslage ganz oder teilweise unwirksam sein, so tritt an Stelle der unwirksamen Vereinbarung eine solche, die dem aktuellen Gesetz inhaltlich am meisten entspricht.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum Unterschrift Patient:in

**Patient:innenaufklärung** - wird vor Beginn einer Psychotherapie besprochen -

In den meisten Fällen profitieren Patient:innen von einer ambulanten Psychotherapie. Jedoch bleibt ein Restrisiko, dass Psychotherapie nicht nur hilfreich, sondern auch ungünstige Auswirkungen auf das Wohlbefinden und die Lebensumstände haben kann.

**Mögliche Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie:**

- Die Inanspruchnahme einer Psychotherapie ist nicht mit einem Erfolgsversprechen verknüpft. Es kann im Gegenteil in Einzelfällen auch zu empfundenen Misserfolgen führen.
- Psychotherapie kann als zeitliche Belastung empfunden werden.
- Der mögliche Eingriff in die bisherige Lebensweise und in das individuelle Beziehungsgefüge kann (vorübergehend) als belastend empfunden werden.
- Es kann (vorübergehend) zu einer Symptomverschlechterung kommen (wenn in den ersten 30 Stunden keine Verbesserung eingetreten ist, sollte spätestens dann über die Weiterführung und alternative Behandlungsmethoden gesprochen werden) oder zu einer Stagnierung der Symptome.
- Es können Phasen von Selbstzweifel und/oder Selbstüberschätzung eintreten.
- Zwischenmenschliche Beziehungen (Partnerschaft, Freundschaften, Familie) können sich verbessern oder verschlechtern.
- Berufliche bzw. schulische Veränderungen in positiver und negativer Weise können auftreten.
- In Folge der Psychotherapie können Konflikte in der Beziehung zum:zur Psychotherapeut:in entstehen. Eine persönliche Beziehung zum:zur Psychotherapeut:in ist ausgeschlossen; die psychotherapeutische Beziehung ist eine professionelle, bezahlte Arbeitsbeziehung und keine private/freundschaftliche Beziehung.
- Medikamente können auf die Psychotherapie Einfluss haben (Medikamenteneinnahme und -veränderungen bitte unbedingt mitteilen)
- Ebenso können gleichzeitig stattfindende weitere Therapien oder psychosoziale Beratungen Einfluss auf die Psychotherapie haben (Weitere therapeutische und beratende Behandlungen bitte mitteilen)

**Außerdem wurde ich über Folgendes aufgeklärt:**

- Diagnose und Indikation für die Psychotherapie
- Ziel und Zweck der Psychotherapie
- die zur Anwendung gelangende psychotherapeutische Methode (Verhaltenstherapie und individuell geplante Methoden, Behandlungsplan)
- Erfolgswahrscheinlichkeit
- Frequenz und Dauer der Sitzungen
- ungefähre Dauer der Behandlung
- mögliche Settings (innerhalb der Praxis oder per Video und ggf. auch außerhalb zur Konfrontation)
- Dokumentation und Aufbewahrung von Testunterlagen, Berichten, schriftlichen Gesprächsaufzeichnungen u. ä.
- Mitarbeit ist notwendig, auch in Form von durch den:die Patient:in und bei Minderjährigen auch von den Eltern durchzuführenden therapeutischen Aufgaben
- Kostenübernahme durch die Krankenkasse nach Antragstellung bei der Krankenkasse und ggf. einem:einer Gutachter:in
- Psychotherapie muss häufig noch Jahre später angegeben werden bei manchen Kranken-, Berufsunfähigkeits- und anderen Versicherungen, bei Verbeamtung, manchen Berufsgruppen etc. und kann zu Ablehnung, erhöhten Beiträgen u. a. Nachteilen führen
- Ausfallhonorarregelung (Termin bis 48 h vorab absagen)
- Urlaubsregelung: Keine Vertretung. Im Bedarfsfall Kassenärztlicher Bereitschaftsdienst Tel. 116117 oder Vorstellung in einer Klinik (siehe Homepage unter „Notfall“)

- Bei akuter Eigen- oder Fremdgefährdung: Rettungsdienst Tel. 112 oder Vorstellung in einer Klinik (siehe Homepage unter „Notfall“)
- Schweigepflicht und Grenzen der Schweigepflicht
- Alternativen zur Psychotherapie/Verhaltenstherapie und deren vermutliche Erfolgsaussichten (Ambulante Psychotherapie: Tiefenpsychologie, Psychoanalyse; Klinik, Tagesklinik; Beratungsstelle; Schulpsychologischer Dienst, Schulsozialarbeit; Medikation; keinerlei Behandlung)
- Möglichkeiten zur Unterbrechung oder Beendigung der Psychotherapie
- Bei körperlichen Beschwerden, Fragen zur Medikation oder für körperliche Untersuchungen an eine:n Arzt:Ärztin wenden.

Hiermit erkläre ich, über die aufgelisteten Punkte mündlich aufgeklärt worden zu sein. Ich habe keine weiteren Fragen dazu.

---

Ort, Datum

Unterschrift Patient:in

Ich habe die Aufklärung mündlich durchgeführt und offene Fragen beantwortet:

---

Ort, Datum

Unterschrift Frau Wieczorek

## **Patienteninformation zum Datenschutz**

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird hier auf die gendergerechte Sprache verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten für alle Geschlechter (w/m/d/u).

Der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns wichtig. Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet. Der Information können Sie auch entnehmen, welche Rechte Sie in puncto Datenschutz haben.

### **1. Verantwortlichkeit für die Datenverarbeitung**

*Praxis für Psychotherapie - Caroline Wieczorek  
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin (Verhaltenstherapie)  
Brunnenstr. 3 - 97222 Rimpfing  
Tel: 0176 - 2555 2897*

### **2. Zweck der Datenverarbeitung**

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem Arzt und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen.

Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapievorschlüsse und Befunde, die wir oder andere Ärzte erheben. Zu diesen Zwecken können uns auch andere Ärzte oder Psychotherapeuten, bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen (z.B. in Arztbriefen).

Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann eine sorgfältige Behandlung nicht erfolgen.

### **3. Empfänger Ihrer Daten**

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben.

Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem andere Ärzte / Psychotherapeuten, Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, Ärztekammern und privatärztliche Rechnungsstellen sein.

Die Übermittlung erfolgt überwiegend zum Zwecke der Abrechnung der bei Ihnen erbrachten Leistungen, zur Klärung von medizinischen und sich aus Ihrem Versicherungsverhältnis ergebenden Fragen. Im Einzelfall erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechnete Empfänger.

### **4. Speicherung Ihrer Daten**

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies für die Durchführung der Behandlung erforderlich ist.

Aufgrund rechtlicher Vorgaben sind wir dazu verpflichtet, diese Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren. Nach anderen Vorschriften können sich längere Aufbewahrungsfristen ergeben, zum Beispiel 30 Jahre bei Röntgenaufzeichnungen laut Paragraph 28 Absatz 3 der Röntgenverordnung.

### **5. Ihre Rechte**

Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten. Auch können Sie die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen.

Darüber hinaus steht Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf Löschung von Daten, das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit zu.

Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf Basis von gesetzlichen Regelungen. Nur in Ausnahmefällen benötigen wir Ihr Einverständnis. In diesen Fällen haben Sie das Recht, die Einwilligung für die zukünftige Verarbeitung zu widerrufen.

Sie haben ferner das Recht, sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt.

Die Anschrift der für uns zuständigen Aufsichtsbehörde lautet:

Der Landesbeauftragte für den Datenschutz  
Prof. Dr. Thomas Petri, Postfach 22 12 19, 80502 München

### **6. Rechtliche Grundlagen**

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit Paragraph 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz. Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich gern an uns wenden.