

## Anmeldebogen (P1)

**Liebe Eltern, Erziehungsberechtigte und Jugendliche,**

**bitte füllen Sie den Fragebogen VOLLSTÄNDIG aus. Lassen Sie bitte keine Frage aus. Wenn etwas nicht auf Sie zutrifft, streichen Sie es bitte durch. Sie helfen uns damit, zu erkennen, ob eine Angabe nur vergessen wurde und vermeiden Rückfragen.**

**Waren Sie schon mal bei uns?**

☐ Erstvorstellung

☐ Wiederanmeldung, wann waren Sie zuletzt bei uns \_\_\_\_\_

**Warum möchten Sie ihr Kind/ warum möchtest du dich bei uns anmelden?**

☐ Psychotherapieplatz

☐ Diagnostik

☐ Lerntherapieplatz

☐ Schulleistungsdiagnostik (Lese- & Rechtschreibstörung, Rechenstörung)

☐ Feedbacktraining

☐ Atteste (z.B. für Operationen) oder unklar

**Bitte kurze Beschreibung des Problems/Anliegen:**

---

---

---

---

---

---

**Was wurde bereits gegen die Schwierigkeiten unternommen und seit wann bestehen diese?**

---

---

---

Falls Sie einen Therapieplatz für ihr Kind wünschen, geben Sie bitte die möglichen Therapiezeiten an. Dies hilft uns bei der Verteilung der Plätze. (Hinweis: Vormittagstermine in der Psychotherapie sind meist frei).

☐ Montag, ab \_\_\_\_\_ Uhr

☐ Donnerstag, ab \_\_\_\_\_ Uhr

☐ Dienstag, ab \_\_\_\_\_ Uhr

☐ Freitag, ab \_\_\_\_\_ Uhr

☐ Mittwoch, ab \_\_\_\_\_ Uhr

☐ Anmerkungen: \_\_\_\_\_

## Persönliche Angaben

### Daten des Patienten (Daten der Eltern/Bezugspersonen werden weiter unten abgefragt!)

Name, Vorname: \_\_\_\_\_  
 Geschlecht: ☐ männlich, ☐ weiblich, ☐ divers, ☐ unklar  
 Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
 Adresse (Straße und Ort): \_\_\_\_\_  
 Handynr.: \_\_\_\_\_  
 E-Mail: \_\_\_\_\_  
 Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

Wenn nicht in Deutschland geboren, seit wann in Deutschland lebend? seit: \_\_\_\_\_

Welche Sprache wird zu Hause hauptsächlich gesprochen? \_\_\_\_\_

lebt bei: ☐ beiden Eltern, ☐ Vater, ☐ Mutter, ☐ eigen. Whg.,  
☐ sonstige: \_\_\_\_\_  
 Sorgerecht: ☐ beiden Eltern, ☐ Vater, ☐ Mutter, ☐ über 18J,  
☐ sonstige: \_\_\_\_\_

#### Gesetzl. Kranken- versicherung:

Name der Krankenkasse: \_\_\_\_\_  
 Versichertennummer: \_\_\_\_\_  
 Versichert über.: Name: \_\_\_\_\_ Geb.dat.: \_\_\_\_\_

#### Privatversicherung:

Name der Versicherung: \_\_\_\_\_  
 Versichert über.: Name: \_\_\_\_\_ Geb.dat.: \_\_\_\_\_

#### Beihilfe:

vorhanden? ☐ ja ☐ nein  
 Kostenträger der Beihilfe: \_\_\_\_\_  
 Beihilfeberechtigte/r: Name: \_\_\_\_\_ Geb.dat.: \_\_\_\_\_

### **Bitte unterstreichen Sie den bevorzugten Kommunikationsweg! Hier sollten sie einfach zu erreichen sein!** **(SMS, E-Mail oder Anruf?)**

	1. Elternteil	2. Elternteil
Leibl. Eltern:	Name, Vorn.: _____;	_____
	Adresse: _____;	_____
	Handy: _____;	_____
	Festnetz: _____;	_____
	E-Mail: _____;	_____

## 1. Elternteil

## 2. Elternteil

Stief-/Pflegeeltern: Name, Vorn.: \_\_\_\_\_ ; \_\_\_\_\_  
 Adresse: \_\_\_\_\_ ; \_\_\_\_\_  
 Handy: \_\_\_\_\_ ; \_\_\_\_\_  
 Festnetz: \_\_\_\_\_ ; \_\_\_\_\_  
 eMail: \_\_\_\_\_ ; \_\_\_\_\_

### Aktuelle Schule oder Ausbildung

Name der Schule/des Arbeitgebers: \_\_\_\_\_

Bei Ausbildung/Arbeit, welcher Beruf, welches Lehrjahr: \_\_\_\_\_

Name der (Klassen-) Leitung: \_\_\_\_\_

Klassenstufe \_\_\_\_\_

Musste ihr Kind bereist eine Klasse wiederholen? ☐ nein

Wenn ja welche? \_\_\_\_\_

Bestand bereits Kontakt zur Schulpsychologen/-in? ☐ nein

Ja, dann Name der Schulpsychologin: \_\_\_\_\_

Grund: \_\_\_\_\_

Bei Kontakt Name des/der Schulsozialpädagogen/-in \_\_\_\_\_

Bei Kontakt Name der Fachkraft des mobilen sonderpädagogischen Dienst \_\_\_\_\_

Wurden in der Schule bereits Testungen durchgeführt? ☐ nein  
☐ ja, **bitte Testergebnisse in Kopie beilegen**

Erhält ihr Kind bereits Notenschutz oder Nachteilsausgleich? ☐ nein  
**(Nur bei Lese-Rechtschreibstörung relevant)** ☐ ja, **bitte Bescheid in Kopie beilegen**

### Haus-/Kinderarzt (Angabe verpflichtend):

Name: \_\_\_\_\_, Ort: \_\_\_\_\_

- War ihr Kind/warst du bereits in **stationärer Behandlung oder Reha-Behandlung**?

☐ nein

☐ ja: Behandlungszeitraum von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  
 Behandlungsgrund: \_\_\_\_\_  
 Name und Ort der (Reha-) Klinik: \_\_\_\_\_

- War/Ist ihr Kind/warst/bist du bereits in einer **psychiatrischen Praxis** angebunden?

☐ nein

☐ ja: Behandlungszeitraum von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

- Behandlungsgrund: \_\_\_\_\_
- Name und Ort der Praxis: \_\_\_\_\_

- War Kind/warst du bereits in **psychotherapeutischer** Behandlung?

☐ nein

☐ ja: Fand die Behandlung innerhalb der letzten beiden Jahren statt, laden Sie sich bitte **unbedingt das Formular Angaben zur Vorthherapie (P0)** herunter und lassen es von der vorherigen Praxis ausfüllen!!!!

- Hat der Patient/die Patientin einen **Grad der Behinderung**?

☐ nein

☐ ja: Grad der Behinderung \_\_\_\_\_ ; Merkzeichen \_\_\_\_\_

- Hat ihr Kind/hast du eine **Pflegestufe**?

☐ nein

☐ ja: Stufe \_\_\_\_\_

- War ihr Kind/ warst du früher bereits in folgender Behandlung: **Frühförderung, Ergotherapie, Logopädie**?

☐ nein, in keiner

☐ ja, Frühförderung: Behandlungszeitraum von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_, Ort: \_\_\_\_\_

Behandlungsgrund: \_\_\_\_\_

☐ ja, Ergotherapie: Behandlungszeitraum von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_, Ort: \_\_\_\_\_

Behandlungsgrund: \_\_\_\_\_

☐ ja, Logopädie: Behandlungszeitraum von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_, Ort: \_\_\_\_\_

Behandlungsgrund: \_\_\_\_\_

- Muss ihr Kind/ musst du derzeit **regelmäßig Medikamente** nehmen (Dosierung)?

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

**Ist ihr Kind/ bist du in Kontakt mit dem Jugendamt?**

☐ nein

☐ ja, zuständiges Jugendamt: \_\_\_\_\_

**Nur für Lerntherapieplatz relevant:**

Ist bereits ein **Gutachten nach §35a** (Bescheinigung der (drohenden) seelischen Behinderung) vom Facharzt erstellt worden?

☐ nein

☐ ja: Name des Facharztes: \_\_\_\_\_; Ort: \_\_\_\_\_

Ist bereits ein Antrag auf **Kostenübernahme beim Jugendamt** gestellt?

☐ nein

☐ ja, zuständiges Jugendamt: \_\_\_\_\_

---

**Bitte teilen Sie Änderungen, vor allem des zuständigen Kostenträgers, der Adress- und Telefondaten, unverzüglich mit.**

☐ Ja, mit der Datenschutzverordnung (dem Anmeldebogen anhängend oder auf Rückseite ausgedruckt) erkläre ich mich einverstanden.

☐ Ja, mit dem Versand von Unterlagen an meine angegebene E-Mailadresse erkläre ich mich einverstanden (wenn nicht, bitte durchstreichen!)

☐ Ja, der/die weitere Sorgeberechtigte ist mit der Behandlung einverstanden

Schwandorf, Datum: \_\_\_\_\_

Name (bitte leserlich Vorname und Nachname): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

**Bitte beachten Sie, dass es auf Grund der hohen Nachfrage zu längeren Wartezeiten kommen kann. Wir melden uns per E-Mail mit einem Terminvorschlag, sobald wir Ihnen ein Gespräch anbieten können.**

**Vielen Dank für Ihr Verständnis!**

# PATIENTENINFORMATION ZUM DATENSCHUTZ

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

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist unsere Praxis.

## 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 Verrechnungsstellen 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. Eine längere Aufbewahrung bedarf einer besonderen Begründung.

## 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:

Landesamt für Datenschutzaufsicht  
Postfach 606, 91511 Ansbach  
Promenade 27 (Schloss), 91522 Ansbach

## 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 oder eine Kopie dieser Information möchten, können Sie sich gern an uns wenden.

Ihr Praxisteam