



Sabine Seitz (Psychologin M. Sc.)

Verhaltenstherapeutin

Psychotherapeutische Praxis für Kinder,  
Jugendliche und Erwachsene

Liebe Patienten, liebe Eltern

mit diesem Anmeldebogen möchte ich mir einen ersten Überblick über den Vorstellungsgrund, die Problemsituation und die aktuelle Lebenssituation verschaffen. Ihre Angaben werden stets vertraulich behandelt.

Bitte beachten Sie, dass die Unterschrift aller Sorgeberechtigten vorhanden sein muss, da anderweitig eine Vorstellung des Kindes in der Praxis nicht möglich ist.

Für Jugendliche (ab 15 Jahren), die ohne Einbezug der Eltern eine Therapie aufnehmen möchten, besteht die Möglichkeit, die Anträge nach Rücksprache mit mir auch selbst zu unterschreiben.

Von bereits volljährigen Patienten müssen alle Unterlagen selbst unterschrieben werden.

Bitte senden Sie mir nach Möglichkeit den Anmeldebogen, die Schweigepflichtentbindung und die Datenschutzerklärung bereits vor dem Erstgespräch per Post zu.

Bitte bringen Sie weiterhin folgende Unterlagen zum Erstgespräch mit:

- Die elektronische Gesundheitskarte
- Das gelbe Vorsorge-Untersuchungsheft
- Kopien **aller** Schulzeugnisse
- Vorbefunde und Arztbriefe (falls vorhanden)

Herzliche Grüße

Sabine Seitz

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin

Psychologische Psychotherapeutin i. A.

**Anmeldebogen Praxis Sabine Seitz:**

Vorname und Name (des Patienten): \_\_\_\_\_

Alter und Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geschlecht:  m  w

Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_

Postleitzahl, Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefonnummer(n): \_\_\_\_\_

Handynummer(n): \_\_\_\_\_

Email-Adresse: \_\_\_\_\_

Wenn Sie eine Emailadresse angeben, wird diese gemäß der gesetzlichen Datenschutz-Vorschriften lediglich zur Vereinbarung, Absage oder Verschiebung von Terminen verwendet!

Krankenversicherung des Patienten:  gesetzlich  privat

Name der Versicherung: \_\_\_\_\_

Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_

Hauptversicherter mit seiner Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Name Mutter: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Familienstand: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_

Ggf. abweichende Anschrift: \_\_\_\_\_

Name Vater: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Familienstand: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_

Ggf. abweichende Anschrift: \_\_\_\_\_

Sorgerecht:  Eltern  Mutter  Vater  andere

**Aktueller Vorstellungsgrund:**

(Bitte schildern Sie kurz den Grund für die Anmeldung in der psychotherapeutischen Praxis)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Gab es Vorbehandlungen (Klinikaufenthalte, ambulante Therapien, Beratungen, Frühförderung)?  
Werden Medikamente regelmäßig eingenommen?

---

---

---

Waren Sie bereits in einer psychotherapeutischen Sprechstunde?

O nein

O ja, am \_\_\_\_\_ bei \_\_\_\_\_

Gestellte Diagnose: \_\_\_\_\_

Derzeitiger Ausbildungs-/Berufsstatus:

O Kindergarten/Schule, Klasse, Name: \_\_\_\_\_

O Ausbildungsstätte oder andere, Name: \_\_\_\_\_

Mein/unsere Kind darf nach der Therapiestunde die Praxis allein verlassen: O ja O nein

Ich/Wir bestätige/n hiermit, dass ich/wir als Sorgeberechtigte/r damit einverstanden bin/ sind, dass der o. g. Patient bei Sabine Seitz zur Diagnostik und Therapie vorgestellt wird. Eine Pflegschaft oder Vormundschaft besteht nicht und ist auch nicht beantragt. Mit meinen/unseren Unterschriften erkläre/n ich/wir, für den Patienten/ die Patientin personensorgeberechtigt zu sein. Änderungen die Sorgeberechtigung betreffend teile/n ich/wir Sabine Seitz umgehend mit.

Weiterhin bestätige/n ich/wir, dass eine Mitgliedschaft bei der o. g. Krankenversicherung besteht. Änderungen bezüglich des Versichertenstatus teile/n ich/wir Sabine Seitz umgehend mit. Mir/uns ist bekannt, dass anderweitig die Kosten privat in Rechnung gestellt werden können.

\_\_\_\_\_ (Ort, Datum)

\_\_\_\_\_ (Unterschrift Mutter) \_\_\_\_\_ (Unterschrift Vater)

\_\_\_\_\_ (Unterschrift Jugendlicher) \_\_\_\_\_ (andere)



Sabine Seitz (Psychologin M. Sc.)

Verhaltenstherapeutin

Psychotherapeutische Praxis für Kinder,  
Jugendliche und Erwachsene

### Schweigepflichtentbindung

Hiermit entbinden wir/entbinde ich Frau Sabine Seitz von der Schweigepflicht über den Patienten

**Name:** \_\_\_\_\_, **geb. am** \_\_\_\_\_

gegenüber allen Mitarbeitern der Praxis Seitz sowie gegenüber

Hausarzt/Kinderarzt: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Schule/Kindergarten: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Jugendamt: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Sonstige: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Bitte geben Sie Name, Adresse und Telefonnummer der Person/Institution an!

Nicht zutreffendes bitte streichen!

Ich/Wir wünsche(n) einen jährlichen Bericht an unseren Hausarzt

Ich/Wir wünschen keinen Bericht

Ich bin/wir sind damit einverstanden, dass Sabine Seitz zu den oben genannten Personen bzw. Institutionen Kontakt aufnimmt und entsprechende Vorbefunde, Informationen und Unterlagen einholt. Die Schweigepflichtentbindung kann zu jedem Zeitpunkt widerrufen werden.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum Unterschrift Mutter

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum Unterschrift Vater

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum Unterschrift Patient

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum Unterschrift andere



Sabine Seitz

Verhaltenstherapeutin

Psychotherapeutische Praxis für Kinder,  
Jugendliche und junge Erwachsene

## **Datenschutzerklärung**

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 Sabine Seitz, Zugspitzstr. 2a, 85591 Vaterstetten.

2. Zweck der Datenverarbeitung: Zur Planung, Beantragung, Durchführung, Abrechnung und Dokumentation der psychotherapeutischen Diagnostik und Behandlung werden Informationen über die Patientin / den Patienten und ihre / seine Problemstellung erhoben und ausgewertet. Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen (einschl. Informationen über die Familie und das soziale Umfeld des Patienten), Diagnosen, Therapievorschlüsse und Befunde, die wir oder andere Behandler erheben. Zu diesen Zwecken können uns auch andere Ärzte oder Psychotherapeuten bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen (z. B. Arztbrief). Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann eine sorgfältige Behandlung nicht erfolgen. Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen / Ihrem Kind und Ihrer Psychotherapeutin und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen. In manchen Fällen ist zur Optimierung der Behandlung eine Kommunikation via SMS notwendig. Eine vollständige Datensicherheit ist bei derartiger Kommunikation nicht gewährleistet. Gleiches gilt auch für die Kommunikation per E-Mail.

3. Empfänger Ihrer Daten: Wir übermitteln die personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben. Empfänger der personenbezogenen Daten können vor allem andere Psychotherapeuten, Ärzte, Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, berufsspezifische Kammern und privatärztliche Verrechnungsstellen sein. Die Übermittlung erfolgt überwiegend zum Zwecke der Abrechnung der erbrachten Leistungen und zur Klärung von medizinischen und sich aus dem Versicherungsverhältnis ergebenden Fragen. Im Einzelfall erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechnigte Empfänger.

4. Speicherung Ihrer Daten: Wir bewahren die 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.

5. Ihre Rechte: Sie haben das Recht, über die Sie / Ihr Kind 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 der 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: Bayerisches Landesamt für Datenschutzaufsicht, Promenade 27, 91522 Ansbach, Tel: 0981/53-1300.

6. Rechtliche Grundlagen Rechtsgrundlage für die Verarbeitung der Gesundheitsdaten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit Artikel 9 Abs. 3 DSGVO in Verbindung mit Paragraph 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz, sonstiger Daten Art. 6 Abs. 1 lit. a) DSGVO. Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich gern an uns wenden!

Ich erkläre, dass ich in Bezug auf die Dokumentation und Verarbeitung der persönlichen Daten und des Therapieverlaufs in der Patientenakte aufgeklärt wurde.

---

Ort, Datum und Unterschriften aller Sorgeberechtigten bzw. des volljährigen Patienten