



Sabine Seitz (Psychologin M. Sc.)

Verhaltenstherapeutin

Psychotherapeutische Praxis für Kinder,  
Jugendliche und Erwachsene

Liebe Patienten,

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 senden Sie mir den Anmeldebogen, die Schweigepflichtentbindung und die Datenschutzerklärung vor dem Erstgespräch per Post zu oder bringen Sie die Unterlagen spätestens zum Erstgespräch mit.

Bitte bringen Sie weiterhin folgende Unterlagen zum Erstgespräch mit:

Die elektronische Gesundheitskarte

Vorbefunde und Arztbriefe (falls vorhanden)

Herzliche Grüße

Sabine Seitz

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin

Psychologische Psychotherapeutin i. A.

**Anmeldebogen Praxis Sabine Seitz:**

Vorname und Name: \_\_\_\_\_

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:  gesetzlich  privat

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

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

Hauptversicherter mit seiner Versicherungsnummer (wenn Familienversicherung besteht):  
\_\_\_\_\_

**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?**

nein

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

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

Derzeitiger Ausbildungs-/Berufsstatus:

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

O Ausbildungsstätte/Ausgeübter Beruf: \_\_\_\_\_

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

Ich versichere hiermit die Richtigkeit aller von mir gemachten Angaben:

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



Sabine Seitz (Psychologin M. Sc.)

Verhaltenstherapeutin

Psychotherapeutische Praxis für Kinder,  
Jugendliche und Erwachsene

## Schweigepflichtentbindung

Hiermit entbinde ich

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

Frau Sabine Seitz von der Schweigepflicht gegenüber allen Mitarbeitern der Praxis Seitz sowie gegenüber

Arzt: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Schule/Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

Nicht zutreffendes bitte streichen!

Ich wünsche einen jährlichen Bericht an unseren Hausarzt

Ich wünsche keinen Bericht

Ich bin 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 Patient



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, Therapieempfehlungen 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 berechnete 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