

Angaben zur Person

Name, Vorname: _____

Bevorzugte Anrede: _____

Geburtsdatum: _____ Geschlecht: m ☐ w ☐ d ☐

Straße/Hausnummer: _____ PLZ/Ort: _____

Telefonnummer: _____ Emailadresse: _____

Familienstand: ledig ☐ verheiratet ☐ getrennt ☐ geschieden ☐ verwitwet ☐ in Beziehung lebend ☐

Kinder: ja ☐ nein ☐ Wenn ja, wie viele und wie alt? _____

Erlerner Beruf: _____

Aktuelle Tätigkeit: _____

Gibt es Einschränkungen, Beeinträchtigungen oder besondere Bedürfnisse, die für die Teilnahme am Erstgespräch berücksichtigt werden sollten?

Bestehen bei Ihnen körperliche Erkrankungen? Wenn ja, welche und seit wann?

Krankenkasse: _____ Gesetzlich versichert ☐ privat versichert ☐ beihilfeberechtigt ☐

Hausarzt*in: _____

Sind Sie im Hausarztmodell? ja ☐ nein ☐

Was ist der Anlass für Ihren Wunsch, eine Therapie zu beginnen? Was erhoffen Sie sich von der Therapie? Beschreiben Sie in eigenen Worten stichpunktartig die aktuelle Problematik wegen der Sie eine Behandlung wünschen.

Werden Sie aktuell medikamentös aufgrund psychischer Beschwerden behandelt? Falls ja, welche Medikamente nehmen Sie ein, in welcher Dosierung und seit wann?

Gab es in der Vergangenheit bereits eine ambulante oder stationäre psychotherapeutische oder psychiatrische Behandlung? Wenn ja, wann, wie lange und an welchem Ort?

Ist stationäre Behandlung geplant? Wenn ja wo? Und wann voraussichtlich?

Gibt es aktuell Anträge auf Rente oder Rehabilitationsmaßnahmen, die Sie gestellt haben oder planen zu stellen?

Gibt es in Ihrem Alltag einen regelmäßigen Konsum von Alkohol? Wenn ja, wie oft in der Woche und in welcher Menge? Konsumieren Sie darüber hinaus andere Substanzen (z. B. Medikamente, Drogen oder ähnliches)?

Ich biete auch Psychotherapie über Videosprechstunde (über einen zertifizierten Videotherapeuten) an. Sind Sie offen generell für die Therapie via Video? Dies kann u.U. Ihre Wartezeit verkürzen.

Nein ☐ weiß nicht ☐ in Ausnahmefällen ☐ ja, im 50-50 Wechsel ☐ ja, ausschließlich Video möglich ☐

In der Praxis werden auch Gruppentherapie sowie psychotherapeutische Grundversorgung angeboten. Auf diesem Wege profitieren Sie von den Benefits einer Gruppe und haben ggf. kürzere Wartezeiten. In manchen Fällen ist auch eine schnelle und kurze Anbindung ausreichend.

Es gibt sowohl Gruppen im Rahmen der bewilligten Psychotherapie. Diese finden im geschlossenen oder halboffenen Gruppenformat statt. Die Gruppentherapie ist abhängig davon, ob aktuell eine für Sie passende Gruppe stattfindet.

Zudem biete die Praxis die Gruppentherapeutische Grundversorgung an. Diese unterscheidet sich darin, dass diese ohne Bewilligung und vor Probatorik oder Therapieaufnahme an 4 Terminen stattfindet und recht bürokratiefrei starten kann. Wie es danach weitergeht entscheidet sich im Verlauf und ist abhängig von den Kapazitäten.

Sind Sie offen für Gruppenpsychotherapie?

ja ☐ nein ☐

Sind Sie offen für die psychotherapeutische Grundversorgung in der Gruppe?

ja ☐ nein ☐

Falls Sie noch etwas ergänzen möchten, können Sie das gerne hier tun:

Datum: _____

Dieser Fragebogen wurde ausgefüllt von: _____

Bitte geben Sie hier Zeiten an, die Sie regelmäßig wahrnehmen können. Die Gespräche finden i.d.R. wöchentlich bis zweiwöchentlich zu einem festen Termin statt.

	Vormittags (von-bis)	Nachmittag (von-bis)
Montag		
Dienstag		
Mittwoch		
Donnerstag		
Freitag		

Einverständniserklärung zur E-Mail-Korrespondenz

☐ Ich bin mit der Korrespondenz bzw. der Zusendung von personenbezogenen- und Gesundheitsdaten per E-Mail an die nachstehend genannte E-Mail-Adresse einverstanden. Mir ist bekannt, dass die mir so zugesandten E-Mails personenbezogene Daten enthalten können. Die Risiken, die mit dem Versand solcher E-Mails verbunden sind – insbesondere die unbefugte Kenntnisnahme und Verwertung durch Dritte – sind mir bewusst.

☐ Ich möchte ausschließlich telefonisch kontaktiert werden

Ort, Datum Unterschrift Patient*in (ggf. gesetzliche/r Vertreter*in)

Auf den folgenden Seiten finden Sie unsere ausführlichen Patient*inneninformationen zum Datenschutz. Bitte lesen Sie sich diese sorgfältig durch.

☐ Ich habe die „Patienteninformation zum Datenschutz (stand: 18-09-2025) erhalten und gelesen.

Unterschrift: _____

Der Versand personenbezogener Daten durch unverschlüsselte E-Mails ist aus datenschutzrechtlichen Gründen grundsätzlich untersagt, sodass entsprechende Korrespondenz ausschließlich durch Postversand erfolgen kann, wenn nicht eine ausschließliche schriftliche Einwilligung durch den Patienten erteilt wird. Mit dieser Einverständniserklärung stimmen Sie dem Versand von Daten via E-Mail durch mich zu.

Information zum Datenschutz für Patient*innen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns sehr wichtig!

Bereits seit langem gelten für persönliche Daten und Informationen, die im Rahmen der psychotherapeutischen Arbeit erhoben werden, strenge Datenschutzrichtlinien. Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sind wir darüber hinaus 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:

Dipl.-Psych. Sophia Künstler

Praxisname: Psychotherapie Künstler

Adresse: Esslinger Straße 35, 73207 Plochingen

Telefon: 07153/5593234

E-Mail: info@psychotherapie-kuenstler.de

Kontakt Daten unter: www.praxis-kuenstler.de

Sie erreichen die/den zuständige/n Datenschutzbeauftragte/n unter: s.o.

2. Zweck der Datenverarbeitung:

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrer/m Arzt*in und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen. Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapieempfehlungen und Befunde, die wir oder andere Arzt*innen erheben. Zu diesen Zwecken können uns auch andere Arzt*innen oder Psychotherapeut*innen, 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. Empfangende Ihrer Daten:

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben. Empfangende Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem andere Arzt*innen/ Psychotherapeut*innen, 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. Gestellte Rechnungen von Fr. Künstler werden an den/die Steuerberatende/n zu Abrechnungszwecken weitergegeben.

Im Einzelfall erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere Berechtigte. Arztbriefe zur allgemeinen Information über Ihre Behandlung oder im Rahmen der Berichtspflicht für überweisende Arzt*innen übermitteln wir nur mit ausdrücklichem Einverständnis von Ihnen.

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 §28 Abs.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:

Landesbeauftragter für Datenschutz und Informationsfreiheit Baden-Württemberg
Königstraße 10 a
70173 Stuttgart

Stand: 18.05.2018

6. Rechtliche Grundlagen für die Datenverarbeitung in der Arztpraxis/Praxis für Psychotherapie:

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.

- Rechtsgrundlage für die Verarbeitung von Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit § 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz sowie der Behandlungsvertrag nach den §§ 630 ff BGB, § 10 Abs. 1 MBO-Ä, § 57 Abs. 3 BMV-Ä.
- Rechtsgrundlagen für die Übermittlung an andere Ärzte sind der Behandlungsvertrag sowie § 73 Absatz 1b SGB V für den Zweck der Mit-/Weiter-Behandlung und Dokumentation der Behandlung.
- Rechtsgrundlagen für die Übermittlungen an die Kassenärztliche Vereinigung sind insbesondere §§ 294 ff. SGB V; §§ 12, 106 SGB V; § 295 Absatz 1a SGB V; §§ 298, 299 SGB V für folgende Zwecke:
 - Abrechnung der ärztlichen Leistungen
 - Abrechnungsprüfung
 - Qualitätssicherung
 - Wirtschaftlichkeitsprüfung
 - gesetzlich vorgesehene Weiterleitung durch die Kassenärztliche Vereinigung an die zuständige Krankenkasse.
- Rechtsgrundlagen für die Übermittlung an Krankenkassen sind insbesondere §§ 294 ff. SGB V, § 291 Absatz 2b SGB V, § 36, Abs. 1 BMV-Ä (im Falle von § 44 Abs. 4 SGB V mit Ihrer Einwilligung zum Zweck der Feststellung der Leistungsberechtigung gemäß den Arbeitsunfähigkeitsrichtlinien).
- Rechtsgrundlage für die Übermittlung an den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung ist § 276 SGB V für den Zweck der Prüfung, Beratung und Begutachtung.
- Rechtsgrundlage für die Übermittlung an privatärztliche Verrechnungsstellen ist ausschließlich Ihre ausdrückliche Einwilligung für den Zweck der Abrechnung privater Leistungen

Darüber hinaus können sich weitere Datenübermittlungspflichten aus anderen gesetzlichen Vorgaben ergeben. Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich gern an uns wenden.