



Stefanie Beckmann

Psychologin,
Verhaltenstherapeutin
Praxis für Kinder- und
Jugendlichenpsychotherapie

Liebe Jugendliche und junge Erwachsene, liebe Eltern!

Mit diesem Anmeldebogen möchte ich einen ersten kurzen Überblick über den Vorstellungsgrund, die Problemsituation und die aktuelle Lebenssituation erhalten. Alle Angaben werden vertraulich behandelt.

Bitte beachten Sie, dass beide sorgeberechtigten Eltern die Unterlagen unterschreiben müssen, wenn die angemeldete Person jünger als 18 Jahre alt ist. Wenn die angemeldete Person über 18 Jahre ist, wird keine Unterschrift der Eltern benötigt.

Senden Sie mir bitte den Anmeldebogen, die Schweigepflichtentbindung und die Datenschutzerklärung im Original per Post oder eingescannt als PDF per Mail zu. Nach Erhalt der Unterlagen sind Sie auf der Warteliste. Ich melde mich telefonisch bei Ihnen, sobald ein Termin zu einem Erstgespräch frei ist. Bitte beachten Sie, dass die Erstgespräche in der Regel vormittags stattfinden.

Bitte bringen Sie zum Erstgespräch folgendes mit:

- ☐ Die Gesundheitskarte **oder**
- ☐ den unterschriebenen privaten Behandlungsvertrag
- ☐ Das gelbe Vorsorge-Untersuchungsheft
- ☐ Alle Schulzeugnisse (im Original zur kurzen Durchsicht)
- ☐ Vorbefunde oder ärztliche Briefe (falls vorhanden)

Herzliche Grüße

Stefanie Beckmann

Psychologische Psychotherapeutin
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin
Praxis für Verhaltenstherapie und Sexualtherapie
Lehrpraxis und Supervision



Anmeldebogen Praxis Beckmann

Geburtsname (Kind/junger Mensch): _____

Bei Geburt zugewiesenes Geschlecht: ☐ w ☐ m ☐ d

Rufname/ Wunschname: _____

Gefühltes und/ oder gelebtes Geschlecht: ☐ w ☐ m ☐ nonbinär ☐ anderes

Alter und Geburtsdatum: _____

Straße, Hausnummer: _____

Postleitzahl, Wohnort: _____

Telefonnummer: _____

Handynummer: _____

E-Mail-Adresse: _____

Krankenversicherung des Kindes/Jugendlichen: ☐ gesetzlich ☐ privat ☐ Selbstzahler

Name der Versicherung: _____

Versicherungsnummer des Kindes/Jugendlichen: _____

Versicherungsnummer der/des Hauptversicherten: _____

Name **Mutter**: _____ Geburtsdatum: _____

Fam. Stand: _____ Schulabschluss: _____

Beruf: _____

ggf. abweichende Anschrift: _____

Name **Vater**: _____ Geburtsdatum: _____

Fam. Stand: _____ Schulabschluss: _____

Beruf: _____

ggf. abweichende Anschrift: _____

Sorgerecht: ☐ Eltern ☐ Mutter ☐ Vater ☐ andere: _____

Vorstellungsgrund

Bitte schildern Sie den genauen Vorstellungsanlass, Ihre Sorgen und Ängste.

Wo treten die Probleme auf, wen beeinträchtigen sie und seit wann bestehen sie?

Besonderheiten in Entwicklung (Krankheiten, kritische Lebensereignisse usw.):

Vorbehandlungen (Klinikaufenthalte, bisherige Therapien oder Beratungen,

Frühförderung usw.): _____

Kind/junger Mensch besucht aktuell...

☐ **Kindergarten**, Name: _____

☐ **Schule**, Klasse: _____, Name: _____

☐ **Ausbildungs-/Arbeitsstätte**: _____

Ort, Datum

Unterschriften aller Sorgeberechtigten oder volljähriger Person



Schweigepflichtentbindung

Wir entbinden/ Ich entbinde MSc. Psych. Stefanie Beckmann von der
Schweigepflicht über unserem/meinem Kind mit dem

Namen _____, geboren am _____

gegenüber allen Mitarbeiter*innen der Praxis Beckmann sowie gegenüber:

Name Ansprechpartner*in

Hausärztliche Praxis: _____

Kinderärztliche Praxis: _____

Schule: _____

Jugendamt: _____

Behandler*in: _____

Klinik: _____

Sonstige: _____

Nicht zutreffendes bitte streichen!

Wir sind/ich bin damit einverstanden, dass Stefanie Beckmann zu den oben
genannten Personen/Institutionen - unter Beachtung des Datenschutzes - Kontakt
aufnimmt und entsprechende Vorbefunde/Informationen/Unterlagen anfordert
bzw. weiterleitet.

Ort, Datum

Unterschrift Sorgeberechtigte/r

Ort, Datum

Unterschrift Sorgeberechtigte/r

Ort, Datum

Unterschrift der volljährigen Person



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 MSc. Psych. Stefanie Beckmann, Münchener Str. 288a, 85051 Ingolstadt, info@psychotherapie-beckmann.de

2. Zweck der Datenverarbeitung

Zur Planung, Beantragung, Durchführung, Abrechnung und Dokumentation der psychotherapeutischen Diagnostik und Behandlung werden Informationen über die Patient*innen und deren Problemstellung erhoben und ausgewertet. Zu diesem Zweck verarbeiten wir personenbezogene Daten, insbesondere Kontakt- und Gesundheitsdaten. Dazu zählen bspw. Anamnesen, Diagnosen, Therapieansätze und Befunde, die wir oder andere Behandler*innen erheben. Darunter fallen auch persönliche Informationen über die gesamte Familie und das soziale Umfeld der Patient*innen. Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für eine Behandlung. Werden diese 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 Psychotherapeut*in und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen.

Im Rahmen der Diagnostik und Behandlung können zur Optimierung der Diagnostik / der Behandlung auch Gesprächsaufzeichnungen in Wort und Bild erstellt und verarbeitet werden. Es wird dafür Sorge getragen, dass die Schutzbelange der Patienten*innen und deren Familie voll gewürdigt bleiben. Einblick erhalten nur Personen, die mit der Behandlung beruflich befasst sind und der Schweigepflicht unterliegen (bspw. Internist*in und weitere Mitarbeiter*innen der Praxis).

In manchen Fällen ist zur Optimierung der Behandlung eine Kommunikation via WhatsApp, Signal, SMS und Skype 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 Psychotherapeut*innen, Ärzt*innen, 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, zur Klärung von medizinischen und sich aus dem Versicherungsverhältnis ergebenden Fragen. Im Einzelfall erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechnete Empfänger*innen.

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: Bayerische Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Birketweg 30, 80639 München

6. Rechtliche Grundlagen

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung der Gesundheitsdaten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit Paragraph 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz, sonstiger Daten Art. 6 Abs. 1 lit. a DSGVO.

Erklärung

Die vorstehende Datenschutzerklärung wurde erläutert. Ich erkläre, dass ich in Bezug auf die Dokumentation und Verarbeitung der persönlichen Daten und des Therapieverlaufs in der Patientenakte, in der Rechneanlage sowie auf Ton- und Bilddatenträgern aufgeklärt wurde.

Ort, Datum

Unterschriften aller Sorgeberechtigten oder der volljährigen Person



Einwilligungserklärung in die Nutzung der Software VIA

In meiner Praxis wird die Software VIA (im Folgenden „Software“) eingesetzt. Die Software ermöglicht es uns, mittels Einsatzes modernster KI-Technologien automatisiert Sitzungsnotizen sowie patientenspezifische psychologische Berichte zu erstellen. Dabei werden sämtliche personenbezogenen Daten verarbeitet, die Sie uns im Rahmen der Therapiesitzung mitteilen. Außerdem werden personenbezogene Daten besonderer Kategorien von Ihnen verarbeitet, wie Ihre Stimme und ggf. Gesundheitsdaten oder sonstige von Ihnen im Rahmen der Therapiesitzung mitgeteilte sensible Daten.

Die Software wird von der VIA HealthTech UG (haftungsbeschränkt), Bredtschneiderstraße 10, 14057 Berlin (im Folgenden „VIA HealthTech“) betrieben. Die VIA HealthTech verarbeitet Ihre Daten in unserem Auftrag, d.h. ausschließlich nach unseren Weisungen. Wir haben mit der VIA HealthTech eine entsprechende Vereinbarung zur Auftragsverarbeitung gemäß Art. 28 DSGVO geschlossen. Weitere Informationen über die Einhaltung der Bestimmung der DSGVO durch die VIA HealthTech finden Sie hier: <https://www.via-health.de/datenschutzerklarung-software>. VIA HealthTechs Datenschutzbeauftragte erreichen Sie unter der E-Mail-Adresse m.reinbeck@mhl.de. VIA HealthTech ist verpflichtet, die Vertraulichkeit der Daten in gleicher Weise wie der Berufsgeheimnisträger zu schützen. VIA HealthTech hat seinerseits Mitarbeiter und Auftragsverarbeiter zum Schutz der Vertraulichkeit verpflichtet und insbesondere auf die Strafbarkeit nach § 203 StGB belehrt.

Die Erklärung Ihrer Einwilligung erfolgt freiwillig. Sie können sie ohne Angabe von Gründen verweigern, ohne dass Sie deswegen Nachteile zu befürchten hätten.

Ihre Einwilligung gilt so lange, bis Sie sie widerrufen. Diesen Widerruf können Sie jederzeit ohne Angabe von Gründen uns gegenüber erklären. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt.

☐ Ich willige darin ein, dass meine im Rahmen der Therapiesitzung erhobenen personenbezogenen Daten verarbeitet werden, um die Software VIA zu nutzen.

Ort, Datum

Unterschriften aller Sorgeberechtigten/ volljähriger Mensch