

Anamnesebogen – Paartherapie

Praxis Dr. Katrin Schuy · Systemische Einzel- und Paartherapie

LIEBER NEUER KLIENT, LIEBE NEUE KLIENTIN

Herzlichen Dank für die Buchung eines Termins in meiner Praxis. In Vorbereitung unserer ersten Sitzung möchte ich Ihnen auf diesem Wege einige oft gestellte Fragen beantworten und ein paar wichtige Informationen zukommen lassen, die eine effektive Behandlung erleichtern.

Was kommt auf mich in der ersten Sitzung zu?

Zu Beginn der ersten Sitzung werde ich mich kurz vorstellen und Ihnen die Möglichkeit geben, dringende Fragen zu stellen. Danach sind Sie an der Reihe: Was führt Sie in meine Praxis? Sie schildern Ihr Anliegen und Ihre ganz persönliche Sicht auf Ihr Thema, bei dem es kein „Richtig“ oder „Falsch“ gibt.

Zum Ende der ersten Sitzung gibt es noch einmal die Möglichkeit, offene Fragen zu klären und ein paar organisatorische Dinge zu erledigen (Terminvereinbarung, Rechnung, etc.).

Warum soll ich vor der ersten Sitzung einen Anamnesebogen ausfüllen?

Nur wenige Menschen mögen Papierkram. Ich auch nicht. Trotzdem wäre es hilfreich, wenn Sie bereits vor der ersten Sitzung den anhängenden Anamnesebogen ausfüllen. Das spart Zeit in der Sitzung und hilft vielen Klient*innen, Gedanken zu ordnen. Wenn Sie sich jedoch unwohl oder überfordert beim Ausfüllen fühlen, lassen Sie es einfach sein. Es ist kein Muss! Bei einer geplanten Paartherapie füllen bitte beide Partner*innen den Bogen getrennt voneinander aus.

RÜCKSENDUNG DES AUSGEFÜLLTEN BOGENS — AKTUALISIERT

Sie können den ausgefüllten Anamnesebogen bequem per E-Mail an uns zurücksenden. Da Standard-E-Mails nicht durchgehend verschlüsselt sind, bieten wir Ihnen alternativ auch den postalischen Versand an: Praxis Dr. Katrin Schuy, Frieda-Rosenthal-Str. 21, 10318 Berlin. Bei sehr kurzfristigen Terminen können wir die Angaben auch gemeinsam zu Beginn der ersten Sitzung erheben.

Sensible Behandlungsinhalte werden grundsätzlich nicht per E-Mail versendet, sondern im persönlichen Gespräch besprochen.

Wie viel von dem Anamnesebogen soll ich ausfüllen?

Bitte entscheiden Sie selbst, welche Frage für Ihr spezielles Thema relevant sein könnte. Folgen Sie bei der Beantwortung bitte dem Prinzip:

So wenig wie möglich und so viel wie nötig.

Anamnesebogen

Sehr geehrte Klienten, dieser Anamnesefragebogen dient zur ersten Orientierung und hilft, Ihre Beratung/Therapie effektiver zu gestalten. Der Fragebogen selbst verbleibt in der Akte der Therapeutin, die der Schweigepflicht unterliegt. Vielen Dank.

Datum: _____

KURZE SOZIALANAMNESE

Name, Vorname: _____

geb.: _____ Bevorzugtes Pronomen: _____

Adresse: _____

Tel. / E-Mail: _____

Beruf / Stellung: _____

Beziehungsstatus: _____ seit: _____

zusammenlebend seit: _____

verheiratet seit: _____

geschieden von: _____ seit: _____

Eigene Kinder – Geburtsjahr und Ihr Gefühl für jedes Kind (kurze Stichworte):

Stiefkinder – Geburtsjahr und Ihr Gefühl für jedes Kind (kurze Stichworte):

Gibt es nennenswerte Schwierigkeiten mit einem oder mehreren Kindern oder anderen Personen?

Aktuelle Probleme

a. Welches sind Ihre Beschwerden/Probleme und seit wann leiden Sie darunter? Schildern Sie kurz die Entwicklung dahin

b. Gab es einen für Sie bekannten Auslöser der Beschwerden?

c. Wie häufig treten die Probleme auf? Wann genau?

d. Gab/Gibt es Situationen/Zeiten, in denen die Probleme nicht auftreten?

Für wie schwer halten Sie Ihre Probleme? (0 = leicht störend, 5 = unerträglich)

(0-5)

☐ Stark — Wie stark ist Ihr Wunsch nach Behandlung?

☐ Mäßig — Wie stark ist Ihr Wunsch nach Behandlung?

Ich komme nicht auf eigenen Wunsch, sondern weil:

Welche Informationen sind aus Ihrer Sicht noch wichtig für Ihre Behandlung?

Erfahrung mit Psychotherapie? Wann: _____ Art (ambulant/stationär): _____

Welche Richtung?

- ☐ Verhaltenstherapie
- ☐ Tiefenpsychologisch
- ☐ Systemisch
- ☐ Hypnotherapie

andere: _____

AUF WELCHEN GEBIETEN ZEIGEN SICH IHRE PROBLEME?

Bitte jeweils 0 (am wenigsten) bis 5 (am meisten) eintragen.

Kommunikation/ Streit	(0-5)	
Zeit für einander	(0-5)	
Sexualität	(0-5)	
Emotionale Intimität	(0-5)	
Raum für sich selbst/ Autonomie	(0-5)	
Aufgabenverteilung	(0-5)	
Probleme mit Kindern	(0-5)	
Außenbeziehung/-kontakt	(0-5)	
Beziehung zu Herkunftsfamilien	(0-5)	
Beziehung zu Expartnern/ Exfamilie	(0-5)	
Gesundheitliche Probleme	(0-5)	
Psychische Probleme	(0-5)	
Arbeitsbeanspruchung	(0-5)	
Berufliche Probleme	(0-5)	
Finanzen (Einkommen/ Ausgaben)	(0-5)	
Wohnsituation	(0-5)	
Entscheidungsfindung	(0-5)	
Ambivalenz bezüglich Trennung/ Scheidung	(0-5)	
Gewalt	(0-5)	
Sucht	(0-5)	
Andere Probleme	(0-5)	

Was wäre das Beste, was durch die Therapie geschehen könnte?

Was wäre das Schlimmste, was durch die Therapie geschehen könnte?

Vielen Dank für die Beantwortung der Fragen!

Behandlungsvertrag

§ 1 VERTRAGSPARTEIEN

Zwischen Katrin Schuy (Praxis Dr. Katrin Schuy, Systemische Einzel- und Paartherapie, Frieda-Rosenthal-Str. 21, 10318 Berlin) – nachfolgend „Therapeutin“ – und den beiden nachfolgend genannten Klient*innen wird dieser Vertrag geschlossen:

Klient*in 1: _____ geb.: _____

Klient*in 2: _____ geb.: _____

§ 2 VERTRAGSGEGENSTAND

Gegenstand dieses Vertrages ist die systemische Paarberatung/-therapie durch die Therapeutin. Es handelt sich um eine privat zu zahlende Beratungsleistung; eine Abrechnung über die gesetzliche oder private Krankenversicherung erfolgt nicht.

§ 3 HONORAR

Die Höhe des Sitzungshonorars richtet sich nach der jeweils aktuellen Preisliste, einsehbar unter www.systemische-therapie-berlin.net. Die Zahlung erfolgt nach Rechnungsstellung per Überweisung oder PayPal.

§ 4 TERMINVEREINBARUNG

Dauer und Frequenz der Sitzungen werden individuell in der ersten Sitzung besprochen und richten sich nach dem jeweiligen Bedarf.

§ 5 ABSAGE VON TERMINEN / AUSFALLHONORAR

Termine können bis spätestens 48 Stunden vor dem vereinbarten Termin kostenfrei abgesagt oder verschoben werden. Bei einer Absage weniger als 48 Stunden vor dem Termin oder bei Nichterscheinen wird das vereinbarte Honorar in voller Höhe (100 %) fällig.

§ 6 SCHWEIGEPFLICHT

Die Therapeutin unterliegt der Schweigepflicht. Informationen aus der Beratung/Therapie werden nur mit ausdrücklicher Einwilligung der Klient*innen oder aufgrund gesetzlicher Verpflichtung an Dritte weitergegeben. Dies gilt bei einer Paarberatung auch gegenüber dem jeweils anderen Partner/der anderen Partnerin, soweit einzeln erhobene Informationen betroffen sind.

§ 7 DATENSCHUTZ

Einzelheiten zur Verarbeitung personenbezogener Daten sind der separaten Datenschutzerklärung zu entnehmen, die Bestandteil dieses Vertrages ist.

§ 8 BEENDIGUNG

Die Zusammenarbeit kann von beiden Seiten jederzeit ohne Angabe von Gründen beendet werden. Bereits vereinbarte, nicht rechtzeitig (siehe § 5) abgesagte Termine bleiben honorarpflichtig.

§ 9 SCHLUSSBESTIMMUNGEN

Sollten einzelne Bestimmungen dieses Vertrages unwirksam sein, bleibt die Wirksamkeit der übrigen Bestimmungen unberührt. Es gilt deutsches Recht.

Ort, Datum: _____

Unterschrift Klient*in 1 _____

Unterschrift Klient*in 2 _____

Unterschrift Therapeutin _____

Datenschutzerklärung

VERANTWORTLICHE STELLE

Katrin Schuy, Praxis Dr. Katrin Schuy, Frieda-Rosenthal-Str. 21, 10318 Berlin,
psychologin.schuy@posteo.de

ZWECK DER DATENVERARBEITUNG

Ihre personenbezogenen Daten (u. a. Kontaktdaten, im Anamnesebogen erhobene Angaben, Termin- und Rechnungsdaten) werden ausschließlich zur Durchführung und Organisation der Beratung/Therapie sowie zur Abrechnung verarbeitet.

RECHTSGRUNDLAGE

Die Verarbeitung erfolgt zur Erfüllung des Beratungsvertrages (Art. 6 Abs. 1 lit. b DSGVO). Soweit dabei besondere Kategorien personenbezogener Daten (Gesundheitsdaten, Art. 9 DSGVO) verarbeitet werden, erfolgt dies auf Grundlage Ihrer ausdrücklichen Einwilligung (Art. 9 Abs. 2 lit. a DSGVO), die Sie mit Ihrer Unterschrift auf diesem Dokument erteilen.

DATEN DRITTER

Im Rahmen der Anamnese können auch Angaben zu Angehörigen oder weiteren Personen (z. B. Kindern, Ex-Partner*innen, Herkunftsfamilie) erhoben werden, soweit dies für die Behandlung erforderlich ist. Diese Verarbeitung erfolgt auf Grundlage unseres berechtigten Interesses an einer wirksamen Behandlung (Art. 6 Abs. 1 lit. f DSGVO). Diese Angaben werden ausschließlich zur Durchführung der Beratung/Therapie genutzt und nicht an die betroffenen Dritten selbst oder sonstige Empfänger weitergegeben.

KOMMUNIKATION PER E-MAIL

Termine, Rechnungen und organisatorische Informationen werden auf Wunsch per E-Mail versandt. Behandlungsinhalte, Diagnosen oder Sitzungsinhalte werden grundsätzlich nicht per E-Mail versendet. Standard-E-Mails sind nicht durchgehend verschlüsselt; ein Restrisiko bei der Übertragung kann nicht vollständig ausgeschlossen werden. Für die Rücksendung des ausgefüllten Anamnesebogens bieten wir Ihnen alternativ den postalischen Versand an.

☐ Ich willige ein, dass die Praxis Dr. Katrin Schuy mit mir per (unverschlüsselter) E-Mail kommuniziert, u. a. zum Versand von Terminbestätigungen, Erinnerungen und Rechnungen. Diese Einwilligung kann ich jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

SPEICHERDAUER

Ihre Daten werden nur so lange gespeichert, wie es für die genannten Zwecke erforderlich ist bzw. gesetzliche Aufbewahrungsfristen (z. B. steuerrechtlich gem. § 147 AO) dies vorschreiben.

WEITERGABE AN DRITTE

Eine Weitergabe Ihrer Daten erfolgt nur, soweit gesetzlich vorgeschrieben oder für die Vertragsabwicklung erforderlich, sowie mit Ihrer ausdrücklichen Einwilligung. Dies betrifft insbesondere:

- Steuerberatung – zur Buchhaltung.

- PayPal (PayPal (Europe) S.à r.l. et Cie, S.C.A.) – sofern Sie die Zahlung des Honorars per PayPal wählen, werden die dafür erforderlichen Daten an PayPal übermittelt. PayPal kann Daten auch in die USA übertragen; dies erfolgt auf Grundlage von EU-Standardvertragsklauseln.

IHRE RECHTE

Sie haben das Recht auf Auskunft, Berichtigung, Löschung und Einschränkung der Verarbeitung Ihrer Daten sowie ein Widerspruchsrecht und das Recht auf Datenübertragbarkeit. Erteilte Einwilligungen können Sie jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Zudem steht Ihnen ein Beschwerderecht bei der zuständigen Datenschutzaufsichtsbehörde zu (in Berlin: Berliner Beauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit).

Ort, Datum: _____

Unterschrift Klient*in 1 _____

Unterschrift Klient*in 2 _____