



PRAXIS FÜR
PSYCHOTHERAPIE MÜNCHEN
PD DR. JAN KIESEWETTER

Liebe Patientin, lieber Patient,

herzlich willkommen in unserer Praxis.

Im ersten Abschnitt finden Sie die Unterlagen bzw. Seiten hinterlegt, die Sie bitte ausgefüllt bzw. unterschrieben zum nächsten Diagnostikgespräch mitbringen. Hierunter findet sich die Einverständniserklärungen zur ADHS-Diagnostik, die Zustimmung zur Datenschutzerklärung sowie die Zusatzvereinbarung.

Im zweiten Abschnitt finden Sie eine Zusammenfassung des Diagnostikprozesses sowie die Datenschutzrichtlinie unserer Praxis.

Wir freuen uns, den Diagnostikprozess mit Ihnen zu beginnen!

Ihre

Praxis für Psychotherapie München

Erster Abschnitt:

Die folgenden Unterlagen bitte unterschreiben bzw. ausfüllen und zur nächsten Sitzung mitbringen oder postalisch an die Praxis zurückschicken.

Einverständniserklärungen zur ADHS-Diagnostik

Die allgemeine **Aufklärung über die diagnostischen Schritte** ist erfolgt.

Ich möchte die mir vorgeschlagene Diagnostik durchführen.

Ich wurde ausführlich über die Zusatzvereinbarung informiert und bin mir bewusst, dass die Kosten möglicherweise nicht von anderen Stellen getragen werden und eine Erstattung der Vergütung durch Erstattungsstellen nicht gewährleistet ist.

Ort, Datum, Unterschrift

Ich habe weiterhin eine Kopie der **Datenschutzinformationen** der Praxis erhalten und erkläre mich mit der Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten einverstanden.

Mit untenstehender Unterschrift willige ich der Durchführung von **Videosprechstunden** ein.

Ich wurde darüber informiert, dass die Videosprechstunde zur Gewährleistung der Datensicherheit und eines störungsfreien Ablaufes in geschlossenen Räumen, die eine angemessene Privatsphäre sicherstellen, stattzufinden hat. Zu Beginn der Videosprechstunde hat auf beiden Seiten eine Vorstellung aller im Raum anwesenden Personen zu erfolgen.

Weiterhin wurde ich darüber informiert, dass während der Videosprechstunde keine personenbezogenen Daten erhoben, gespeichert und weiterverarbeitet werden.

Ich versichere, selbst keine Mitschnitte während der Videosprechstunde aufzuzeichnen.

Belehrung über das Widerrufsrecht:

Sie können Ihre Teilnahme an der Videosprechstunde jederzeit mit Wirkung für die Zukunft bei Ihrer Ärztin schriftlich oder zur Niederschrift ohne Angaben von Gründen widerrufen, ohne dass Ihnen hierdurch persönliche Nachteile entstehen.

Ort, Datum, Unterschrift

Vertrag zur Diagnostik von ADHS

Vertrag zwischen Frau/Herrn _____ (Patient*in)

und Herrn/Frau _____ (Testleiter*in)

Die Unterzeichnenden erklären verbindlich, sich an folgende Verhaltensweisen zu halten:

1. Bei Absagen von Diagnostikgesprächen später als 48 Stunden vor dem Termin fallen 95,- € Ausfallkosten an.
2. Der geplante Umfang der Diagnostik beträgt i.d.R. zwei Sitzung à 50 Minuten sowie eine Sitzung à 25 Minuten. Ob mehr Diagnostikgespräche notwendig sind, wird rechtzeitig besprochen.
3. Alle in den Diagnostikgesprächen besprochenen Themen unterliegen der Schweigepflicht. Der Testleiter ist verpflichtet, den Verlauf der Diagnostikgespräche zu dokumentieren.
4. Testleiter und Patient*in beginnen pünktlich mit der Diagnostiksitzung.
5. Die zusätzlichen Kosten, die im Rahmen des Diagnoseprozesses anfallen und nicht von der gesetzlichen oder privaten Krankenkasse übernommen werden, wurden mit dem/der Patienten*in besprochen (siehe beigefügte Zusatzvereinbarung).
6. Alle von dem/der Patienten*in ausgefüllten Tests werden nach ihrer Auswertung mit dem/der Patienten*in ausführlich und verständlich besprochen.

Beide Seiten bestätigen, dass eine umfassende Information über die geplante Diagnostik erfolgte und die Zustimmung zur Diagnostik auf der Basis dieser Information erfolgt.

München, den

Unterschrift Patient*in

Unterschrift Testleiter*in

Zusatzvereinbarung zur Erstellung eines psychologischen Untersuchungsberichts

zwischen

Patient/-in bzw. Zahlungspflichtiger

und

Testleiter/-in. Praxis für Psychotherapie München, Plinganserstr. 24, 81369 München

Für

Patient (falls abweichend vom Zahlungspflichtigen)

Es wird für die folgende Leistung die angegebene Gebühr vereinbart:

Anzahl	Bezeichnung der Leistung	Betrag in EUR
1	Psychologischer Untersuchungsbericht nach §8, Abs. 8.2 der Berufsordnung des Berufsverbands Deutscher Psychologinnen und Psychologen e.V.	300,-
		300,-

Es wurde ausdrücklich darauf hingewiesen, dass eine Erstattung der Vergütung durch Erstattungsstellen nicht gewährleistet ist.

Dem Zahlungspflichtigem (oder dessen gesetzlichem Vertreter) wurde eine Ausfertigung dieser Vereinbarung ausgehändigt.

Ort, Datum

Ort, Datum

Unterschrift Patient/-in
bzw. Zahlungspflichtiger

Testleiter/-in

Zweiter Abschnitt:

Hier finden Sie nützliche Informationen darüber, wie der ADHS-Diagnostikprozess abläuft, sowie die vollständige Datenschutzrichtlinie unserer Praxis.

Der Diagnostikprozess

Das Anamnesegespräch

Hier werden allgemeine lebensgeschichtliche Informationen eingeholt, hinsichtlich der Schulzeit und der weiteren körperlichen, psychischen und biographischen Entwicklung. Dies dient dazu, ein differenziertes Bild der Störungsproblematik zu gewinnen.

Spezifische ADHS-Diagnostik

Wir verwenden die *Homburger ADHS-Skalen für Erwachsene* (HASE), die der spezifischen Diagnostik von ADHS im Erwachsenenalter dienen. Das Instrument besteht aus vier Einzelverfahren, von denen drei Fragebögen sind, die Sie zu Hause ausfüllen, und ein strukturiertes Interview, welches in der Praxis durchgeführt wird.

Erhebung der ADHS-Symptomatik in der Kindheit

Dazu werden die Schulzeugnisse herangezogen, die Beobachtungen der Lehrer zum Verhalten in der Schulzeit enthalten.

Alternativ kann ein Gespräch mit einem Angehörigen (z.B. Elternteil) geführt werden, der während Ihrer Kindheit/Jugend mit Ihnen zusammengelebt hat.

Testpsychologische Untersuchung

Dazu verwenden wir den *Aufmerksamkeits-Belastungs-Test* (d2), der die Aufmerksamkeit testet. Der Test dauert 10 Minuten und wird am Computer in der Praxis durchgeführt.

Weitere diagnostische Tests

Manchmal überschneidet sich die erhobene Symptomatik mit anderen psychischen Störungen; um eine Fehldiagnose zu vermeiden, können ein oder zwei zusätzliche Fragebögen eingesetzt werden. **Dieser Schritt wird nur bei Bedarf durchgeführt.**

Das Abschlussgespräch

Das Abschlussgespräch findet vor Ort mit dem Praxisinhaber, Herrn PD Dr. Kiesewetter, statt. Dort werden alle Ergebnisse zusammengefasst und wir sprechen eine Empfehlung aus. Das Ziel ist aber vor allem, dass Sie als Patient*in Ihre eigenen Ergebnisse verstehen, damit Sie wissen, was Sie als nächstes tun können. Abschließend bekommen Sie einen schriftlichen Befund.

PATIENTENINFORMATION ZUM DATENSCHUTZ (EU-DSGVO)

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns wichtig. Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (EU-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 die Praxis für Psychotherapie München, Plinganserstraße 24, 81369 München.

Sie erreichen den zuständigen Datenschutzbeauftragten unter: Datenschutzbeauftragter, PD Dr. Jan Kiesewetter, info@praxispsychotherapiemuenchen.de.

2. ZWECK DER DATENVERARBEITUNG

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem Therapeuten und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen. Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, 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. in Arztbriefen). Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann eine sorgfältige Behandlung nicht erfolgen.

Zur internen Therapieplatzvermittlung und der Kontaktaufnahme mit Ihnen haben alle Praxismitarbeiter*innen Zugriff auf die dafür notwendigen Daten (Name, Geburtsdatum, Kontaktdaten, Therapieanlass, ggf. Vorbehandlungen).

3. EMPFÄNGER IHRER DATEN

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben. Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem andere Ärzte / Psychotherapeuten, Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung 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. Im Einzelfall erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechnigte Empfänger; z.B. aktuelle

psychotherapeutische Befunde.

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.

5. WARTUNG DER IT-SYSTEME

Eine zeitgemäße Praxisorganisation erfordert zunehmend den Einsatz von Informationstechnik (IT). Auch unsere Praxis greift daher für die Verwaltung von Patientendaten sowie im Rahmen der Behandlung auf ein Praxisverwaltungssystem und andere IT-Lösungen zurück. Für ein reibungsloses Funktionieren erfordern diese eine fachkundige Betreuung und Wartung durch die zuständigen Firmen. Diese technischen Dienstleister sind selbstverständlich in die EU-DSGVO eingebunden.

Im Regelfall ergibt sich bei der Betreuung unserer IT-Systeme keine Notwendigkeit, auf Patientendaten zuzugreifen. In bestimmten Fällen, etwa bei der Behebung von Programmfehlern oder der Beseitigung von Störungen, kann es unter Umständen jedoch nicht vermieden werden, dass unser Dienstleister von Ihren Daten Kenntnis erhält. Im Fall eines solchen Zugriffs wird dieser auf das unabdingbar notwendige Maß beschränkt. Der Schutz Ihrer Daten wird dabei durch vertragliche Vereinbarungen sowie technische und organisatorische Maßnahmen sichergestellt. Die Mitarbeiter der beauftragten Dienstleister wurden nach dem Bundesdatenschutzgesetz zur Verschwiegenheit verpflichtet; Ihre Daten werden auch nicht an andere Stellen weitergeben. In keinem Fall kann der Dienstleister ohne unsere Kenntnis auf Patientendaten zugreifen. Eine professionelle Betreuung unserer IT-Systeme dient dem Erhalt von deren Funktionsfähigkeit und der Gewährleistung einer sicheren und vertrauenswürdigen Informationstechnik. Dies erfolgt auch in Ihrem Interesse.

6. 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:

Bayerisches Landesamt für Datenschutzaufsicht
Promenade 27 (Schloss)
91522 Ansbach
Telefon: +49 (0) 981 53 1300
Telefax: +49 (0) 981 53 98 1300
E-Mail: poststelle@lda.bayern.de

7. RECHTLICHE GRUNDLAGEN

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit § 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz. Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich gern an uns wenden.