

Praxis Dr. Günther J. Bogner

Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Zimmererstraße 18, 92318 Neumarkt

Tel: 0 91 81 / 29 99 53, Fax: 0 91 81 / 29 99 54

praxis@guenther-bogner.de, www.guenther-bogner.de



Anmeldung zur Psychotherapie

Ich stimme der Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten im Rahmen der Datenschutzerklärung zu (siehe S. 10/11). Ansonsten ist keine Bearbeitung des Anmeldebogens möglich.

	Datum	Unterschrift
1. Name , Vorname:	_____	_____
2. Geburtsdatum:	_____	_____
3. Geburtsort, -land:	_____	_____
4. Geschlecht:	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> _____	
5. Familienstand:	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet in (1./ 2.) Ehe seit: _____	
	<input type="checkbox"/> verwitwet / <input type="checkbox"/> geschieden / <input type="checkbox"/> getrennt seit: _____	
	Lebenspartner <input type="checkbox"/> / -in <input type="checkbox"/> seit? _____	
	von _____ bis _____	
	von _____ bis _____	
	<input type="checkbox"/> Anzahl Ihrer Kinder mit Vornamen und Alter: _____	

6. Anschrift:	_____	
7. Kontakt:		
a) Tel. privat: _____		Unter welcher Telefonnummer kann
b) Tel. Arbeit: _____		zur Terminvereinbarung eine
c) Mobil: _____		Nachricht hinterlassen werden?
d) Fax: _____		a) <input type="checkbox"/> b) <input type="checkbox"/> c) <input type="checkbox"/> d) <input type="checkbox"/> e) <input type="checkbox"/>
e) E-Mail: _____		wichtig für Videosprechstunde
Zur telefonischen Terminvereinbarung dürfen wir uns melden:		
• „Hier ist die Praxis Dr. Bogner (offen) ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> _____		
• „Könnte ich bitte ... sprechen? (diskret) ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> _____		
8. Bereitschaft zur Videosprechstunde ?		ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Besitzen Sie einen PC, Laptop oder Tablet?		ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Besitzen Sie ein Smartphone?		ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Besitzen Sie einen Scanner?		ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Besitzen Sie einen Drucker?		ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
9. Schulabschluss: _____		
Beruf/Tätigkeit/Stunden/Wo: _____		
Ort/Arbeitgeber: _____		

9. Welche **Beschwerden/Symptome** treffen derzeit auf Sie zu (Mehrfachnennungen möglich)

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Zukunftsangst, Pessimismus | <input type="checkbox"/> gedrückte Stimmung | <input type="checkbox"/> Schuldgefühle |
| <input type="checkbox"/> Ängste, Panikattacken | <input type="checkbox"/> Interessensverlust | <input type="checkbox"/> Suizidgedanken |
| <input type="checkbox"/> Angst vor allem | <input type="checkbox"/> Freudlosigkeit | <input type="checkbox"/> Abhängigkeit/Missbrauch |
| <input type="checkbox"/> Phobien | <input type="checkbox"/> Gefühl der inneren Leere | <input type="checkbox"/> Medien |
| <input type="checkbox"/> soziale Angst | <input type="checkbox"/> Antriebsmangel | <input type="checkbox"/> Nikotin |
| <input type="checkbox"/> Platzangst | <input type="checkbox"/> Erschöpfung | <input type="checkbox"/> Alkohol |
| <input type="checkbox"/> ADS/ADHS | <input type="checkbox"/> Stimmungsschwankungen | <input type="checkbox"/> Medikamente |
| <input type="checkbox"/> Asperger-Syndrom | <input type="checkbox"/> Essstörungen | <input type="checkbox"/> Drogen |
| <input type="checkbox"/> Intelligenzminderung | <input type="checkbox"/> Appetitlosigkeit | <input type="checkbox"/> Spiele |
| <input type="checkbox"/> Partnerprobleme | <input type="checkbox"/> Appetitsteigerung | <input type="checkbox"/> Pornographie |
| <input type="checkbox"/> Reaktion auf schwere Belastung (Welche?) | <input type="checkbox"/> Essanfälle | <input type="checkbox"/> _____ |
| _____ | <input type="checkbox"/> Anorexie | <input type="checkbox"/> Kaufsucht |
| _____ | <input type="checkbox"/> Bulimie | <input type="checkbox"/> Kleptomanie, Stehlsucht |
| <input type="checkbox"/> Trauma: Welches? | <input type="checkbox"/> Fettsucht | <input type="checkbox"/> Chronische Schmerzen |
| z.B. Missbrauch, Unfall, Überfall, Gewalt, Katastrophen, Krankheiten/ belastende med. Eingriffe | <input type="checkbox"/> Sorgen um das Gewicht | <input type="checkbox"/> Schlafstörung |
| _____ | <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> Alpträume |
| <input type="checkbox"/> Wutausbrüche | <input type="checkbox"/> Persönlichkeitsstörung Welche? | <input type="checkbox"/> Sexualität |
| <input type="checkbox"/> Gewalt gegen andere | _____ | <input type="checkbox"/> Stottern |
| <input type="checkbox"/> Instabile Beziehungen | <input type="checkbox"/> Störung d. Sozialverhaltens | <input type="checkbox"/> Beschwerden, nach denen bislang nicht gefragt wurde: |
| <input type="checkbox"/> Finanzielle Probleme | <input type="checkbox"/> Halluzinationen | _____ |
| <input type="checkbox"/> Selbstverletzung (Wie?) | <input type="checkbox"/> Hirnorganische Störung | _____ |
| _____ | <input type="checkbox"/> Schizophrenie | _____ |
| <input type="checkbox"/> Impulsives Verhalten | <input type="checkbox"/> Manie | _____ |
| _____ | <input type="checkbox"/> Wahn | _____ |
| <input type="checkbox"/> Psychosomatische Störung (körperliche Symptome mit vor allem psychischer Ursache) Welches Organ, Körperteil ist vor allem betroffen? | <input type="checkbox"/> Zwangsgedanken | _____ |
| _____ | <input type="checkbox"/> Zwangshandlungen | _____ |

Haben Sie jemals einen Suizidversuch unternommen? Ja Nein

Falls Ja: Wann fand der letzte Versuch statt (Jahr/Monat)? _____

Trinken Sie Alkohol? Ja Nein Falls Ja: Welche Art Alkohol? Häufigkeit? Menge?

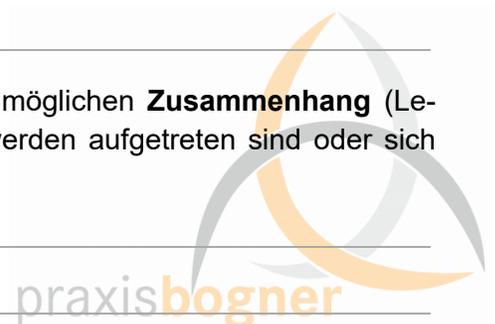
Konsumieren Sie abhängig machende Medikamente ohne ärztliche Verordnung? Ja Nein

Falls Ja: Welche Art? Häufigkeit? Menge?

Nehmen Sie Drogen? Ja Nein Falls Ja: Welche Art? Häufigkeit? Menge?

10. Zählen Sie die wichtigsten **psychischen Hauptbeschwerden** auf, die Sie zur Therapie veranlassen (hier vor allem Beschwerden nicht körperlicher Art)?

Beschreiben Sie kurz, **wann** (Jahr/Monat) und in welchem möglichen **Zusammenhang** (Lebensprobleme, Belastungen, Stresssituationen) Ihre Beschwerden aufgetreten sind oder sich verstärkt haben.



11. Wie zufrieden sind Sie in den unterschiedlichen Lebensbereichen?

Lebensbereich	1 sehr unzu- frieden	2 unzu- frieden	3 eher unzu- frieden	4 weder/ noch	5 eher zufrie- den	6 zufrie- den	7 sehr zufrie- den
Körperliche Gesundheit							
Ausbildung / Weiterbildung							
Arbeit / Beruf							
Finanzielle Lage							
Freizeitgestaltung, Hobby							
Ehe / Partnerschaft							
Familienleben, Haushalt, Einkauf, Kochen, Putzen, Garten usw.							
Beziehung zu den Eltern							
Freunde, Bekannte, Verwandte							
Beziehung zu den eigenen Kindern							
Eigene Person							
Sexualität							
Wohnsituation							
Zukunftsaussichten, Pläne							
Lebenssinn / Spiritualität							

14. Wann finde ich Zeit für meine Therapie?

Termine erfolgen in der Regel wöchentlich und zur selben Zeit. Bitte tragen Sie hier ein, an welchen Tagen und zu welchen Zeiten Sie Therapiestunden (50 Minuten) regelmäßig und zuverlässig wahrnehmen können und wann nicht (die gegrauten Zeitfenster stehen nicht / eingeschränkt zur Verfügung. ? = Dieses Feld steht nur sporadisch zur Verfügung und eignet sich nicht als Standardtermin).

0 = nicht möglich, + = möglich, ++ = ideal

Bitte füllen Sie **jedes** Feld des Zeitplanes aus.

Zeit	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
08 – 09	0			0	
09 – 10	0			0	
10 – 11	0			0	
11 – 12	0			0	
13 – 14	0	0	0	0	0
14 – 15					
15 – 16					
16 – 17					?
17 - 18			?		?

Mein Schichtdienst ist wie folgt:

Früh- _____ Schicht von _____ bis _____
 _____ Schicht von _____ bis _____
 _____ Schicht von _____ bis _____
 _____ Schicht von _____ bis _____

Wie lange im Voraus liegt mir der Schichtplan vor? _____

Wie gestaltet sich mein Therapieterminplan in den Ferienzeiten? Weitere Hinweise zu den möglichen Therapiezeiten?

Ab wann könnten Sie mit der Therapie beginnen? _____

 Ort, Datum

 Unterschrift

Rücksendung dieses Fragebogens: Bitte ausreichend frankiert per Post oder persönlichem Einwurf in einem verschlossenen Kuvert. Bitte keine Zusendung per Standard-E-Mail aus Datenschutzgründen.

Praxis Dr. Günther Bogner
Zimmererstr. 18
92318 Neumarkt

- Bitte melden Sie sich den Wochen nach Einreichung der Unterlagen persönlich in den Telefonzeiten (siehe AB oder Homepage) mit Ihrem Namen und Geburtsdatum und fragen Sie nach Ihrer Anmelde­nummer.
- Mit der Anmelde­nummer erleichtern Sie Sich das weitere Nachfragen.
- **Eine Eingangsbestätigung erfolgt nicht.**

DATENSCHUTZ

Erklärung zur Informationspflicht

Datenschutzerklärung

Der Schutz Ihrer persönlichen Daten ist mir gerade im meinem sensiblen Fachgebiet ein besonderes Anliegen. Ich verarbeite Ihre Daten auf Grundlage der gesetzlichen Bestimmungen (DSGVO, TKG 2003). Meine Kontaktdaten können Sie dem Impressum meiner Website www.guenther-bogner.de entnehmen. In diesen Datenschutzzinformatioren informiere ich Sie über die wichtigsten Aspekte:

A) im Rahmen meiner Website

B) in Bezug auf die Praxis Dr. Bogner

A) Datenverarbeitung im Rahmen dieser Website

Kontakt mit mir

Ihre persönlichen Daten werden zum einen dadurch erhoben, indem Sie uns diese mitteilen. Hierbei kann es sich um Daten handeln, die Sie in ein Kontaktformular eingeben. Wenn Sie per Kontaktformular (siehe Anmeldung/Website), E-Mail oder auch per Telefon mit meiner Praxis Kontakt aufnehmen, wird zur Bearbeitung Ihrer Anfrage und für eventuelle Anschlussfragen oder organisatorischen Absprachen eine Speicherung Ihrer von Ihnen selbst eingegebenen Daten erforderlich. Diese Daten verbleiben in der Praxis und werden nicht ohne Ihre Einwilligung weitergeben.

Keine Speicherung persönlicher Daten

Allein bei Benutzung meiner Homepage werden von meiner Seite keine persönlichen Daten erhoben. Beim Besuch der Website kann vom Betreiber 1&1 das Nutzerverhalten statistisch ausgewertet werden, wobei nur allgemeine Nutzerdaten einfließen, die für mich sichtbar werden können (Häufigkeit der Aufrufe, Browser, Herkunftsländer). Zum Schutz von personenbezogenen Daten verwendet 1&1 WebAnalytics **keine** Cookies, auch IP-Adresse und Browserkennung werden nur anonymisiert gespeichert, so dass keine Rückschlüsse auf die einzelnen Besucher gezogen werden können. Folgen Sie möglichen Links und Verbindungen zu anderen Webseiten verlassen Sie den Korridor dieser Website mit allen Risiken. Ich weise Sie darauf hin, dass jede Datenübertragung im Internet (z.B. bei der Kommunikation per E-Mail) Sicherheitslücken aufweisen kann. Ein lückenloser Schutz der Daten vor dem Zugriff durch Dritte ist nicht möglich. Diese Seite nutzt aus Sicherheitsgründen und zum Schutz der Übertragung vertraulicher Inhalte, wie zum Beispiel bei Anfragen, die Sie an mich senden, eine SSL und TLS-Verschlüsselung. Eine verschlüsselte Verbindung können Sie daran erkennen, dass die Adresszeile des Browsers von "http://" auf "https://" wechselt und an dem Schloss-Symbol in Ihrer Browserzeile. Wenn die SSL, bzw. TLS-Verschlüsselung aktiviert ist, können die übermittelten Daten nicht von Dritten mitgelesen werden.

Ihre Rechte

Sie haben grundsätzlich Rechte auf Auskunft, Berichtigung, Löschung, Beschränkung, Datenübertragbarkeit, Widerruf und Widerspruch. Wenn Sie glauben, dass die Verarbeitung der Daten gegen das Datenschutzrecht verstößt oder Ihre Ansprüche sonst in einer Weise verletzt worden sind, können Sie Ihre Beschwerde einreichen:

- 1) bei mir als Datenbeauftragten:
Praxis Dr. Günther Bogner, Zimmererstr. 18, 92318 Neumarkt
Tel: 09181-299953, E-Mail: praxis@guenther-bogner.de
- 2) bei der Aufsichtsbehörde:
Bayerisches Landesamt für Datenschutzaufsicht, Promenade 27,
91522 Ansbach.

B) PATIENTENINFORMATION ZUM DATENSCHUTZ

PRAXIS Dr. GÜNTHER BOGNER

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist mir wichtig. Entsprechend der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) bin ich verpflichtet, Sie zu informieren, zu welchem Zweck meine Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet. Dieser Info können Sie entnehmen, welche Rechte Sie im Hinblick auf den Datenschutz haben.

1. VERANTWORTLICHKEIT FÜR DIE DATENVERARBEITUNG

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist: Dr. Günther Bogner

Praxis Dr. Günther Bogner, Zimmererstr. 18, 92318 Neumarkt
Tel: 09181-299953, E-Mail: praxis@guenther-bogner.de

2. ZWECK DER DATENVERARBEITUNG

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben zur Erfüllung des Behandlungsvertrages und den damit verbundenen Pflichten zwischen Ihnen und mir als Therapeuten. Hierzu verarbeite ich Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnese, Diagnosen, Therapievorschläge und Befunde, die ich oder andere Ärzte erheben. Zu diesen Zwecken können mir auch andere Ärzte oder Psychotherapeuten, bei denen Sie in Behandlung sind und waren, Daten zur Verfügung stellen (z.B. in Arztbriefen). Die Erhebung dieser unverzichtbaren Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, ist eine sorgfältige Behandlung nicht möglich.

3. EMPFÄNGER IHRER DATEN

Ich übermittle diese personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, sofern dies erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben. Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten im Rahmen meiner therapeutischen Tätigkeit können vor allem andere Ärzte oder Psychotherapeuten, die Kassenärztliche Vereinigung, Ihre Krankenkasse, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, eventuell aus Gründen des öffentlichen Interesses die im Bereich der öffentlichen Gesundheit zuständigen Gesundheitsämter, der VdK, Behörden wie das "Amt für Familie und Soziales" und auch die Ärztekammern sein. Die Übermittlung erfolgt überwiegend zum Zwecke der Abrechnung der bei Ihnen erbrachten Leistungen oder zur Klärung von medizinischen Fragestellungen und sich aus Ihrem Versicherungsverhältnis heraus ergebende Fragen. Im Einzelfall erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechnigte Empfänger.

4. SPEICHERUNG IHRER DATEN

Ich bewahre Ihre personenbezogenen Daten solange auf, wie dies für die Behandlung erforderlich ist. Aufgrund rechtlicher Vorgaben bin ich verpflichtet, diese Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren. Nach anderen Vorschriften können sich im Einzelfall auch längere Aufbewahrungsfristen ergeben.

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 der Basis der gesetzlichen Regelungen, so benötige ich nur in speziellen Fällen Ihr Einverständnis. In diesen besonderen 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 mich zuständigen Aufsichtsbehörde lautet:

Bayerisches Landesamt für Datenschutzaufsicht, Promenade 27, 91522 Ansbach.

6. 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) BDSG (neu).

gelesen und akzeptiert Ja

Ort, Datum, Name in Druckschrift, Unterschrift

Stundenausfallregelung

Bei der Therapievereinbarung zwischen

Dr. med. Günther Bogner

und der Patientin / dem Patienten _____

werden feste Gesprächstermine vereinbart und bis auf Widerruf reserviert.

- Wenn rechtzeitig bis 48 Werktagstunden (Mo-Fr) vor dem vereinbarten Termin (bei Montagsterminen gilt diese Zeitspanne zuzüglich Samstag und Sonntag) abgesagt wird, kann der Termin vergeben werden und wird nicht in Rechnung gestellt.
- Bei einer späteren Absage mit weniger als 48 Werktagstunden (Mo-Fr) vor dem Termin bzw. bei Nichterscheinen zum vereinbarten Termin wird die **Ausfallgebühr** (48,-- EUR) in Rechnung gestellt – unabhängig von den Umständen, wie z. B. Krankheit, Panne etc., die zu dem Ausfall des vereinbarten Termins geführt haben.
- Auf eine Berechnung des Ausfallhonorars wird verzichtet, wenn innerhalb einer Woche vor dem nächsten regulären Termin ein Ersatztermin vereinbart werden kann oder der Termin kurzfristig vergeben werden konnte.
- **Absagemodalität:** Bitte hinterlassen Sie in jedem Fall eine Nachricht mit kurzer Erklärung auf den Anrufbeantworter: 09181 299953 und als Unterstützung und für Ihren Nachweis zusätzlich eine kurze E-Mail: praxis@guenther-bogner.de
- Diese Stundenausfallregelung hat Gültigkeit über den ganzen Therapieverlauf.
- Ich habe von dieser Regelung Kenntnis genommen und erkläre mich damit einverstanden.

(Ort, Datum)

Name der Patientin / des Patienten