



### Anmeldungsbogen für die Familienambulanz

Liebe Eltern,

herzlich Willkommen in der Familienambulanz für affektive Störungen. Damit wir Sie und Ihr Kind auf die Warteliste für ein Erstgespräch in unserer Ambulanz setzen können, bitten wir Sie, den Anmeldebogen vollständig auszufüllen und unterschrieben an die unten genannte Anschrift oder per E-Mail an [sekretariat-hsa.psych@uni-hamburg.de](mailto:sekretariat-hsa.psych@uni-hamburg.de) zu senden. Sämtliche Angaben werden selbstverständlich streng vertraulich behandelt<sup>1</sup>. Sobald der Anmeldebogen bei uns eingegangen ist, werden wir uns mit Ihnen in Verbindung setzen und Sie über die nächsten Schritte informieren. Bitte bedenken Sie, dass bei Kindern bis zum vollendeten 14. Lebensjahr alle Sorgeberechtigten einer psychotherapeutischen Behandlung zustimmen müssen.

**Ich/Wir interessiere/n mich/uns für eine Behandlung in der Psychotherapeutischen Hochschulambulanz der Universität Hamburg und bitte/n Sie, mein/unser Kind für ein persönliches Erstgespräch vorzumerken.**

Mit Ihre/n Unterschrift/en geben Sie an, dass die Angaben korrekt sind und wir Sie über die von Ihnen angegebenen Kontaktdaten kontaktieren dürfen.

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift Sorgeberechtigte/r 1: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift Sorgeberechtigte/r 2\*: \_\_\_\_\_

\* Bei alleinigem Sorgerecht wird nur die Einwilligung des/der Sorgeberechtigten 1 benötigt.

Universität Hamburg  
Psychotherapeutische Hochschulambulanz  
Von-Melle-Park 5  
20146 Hamburg



**Angaben zum Kind**

Name: \_\_\_\_\_

weiblich                       männlich                       divers

Anschrift: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

**Angaben zu den Sorgeberechtigten**

Name der/des Sorgeberechtigten 1: \_\_\_\_\_

weiblich                       männlich                       divers

Telefon: \_\_\_\_\_

Mobil: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Name der/des Sorgeberechtigten 2: \_\_\_\_\_

weiblich                       männlich                       divers

Telefon: \_\_\_\_\_

Mobil: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Dürfen wir Sie telefonisch kontaktieren?                       nein                       ja

Wenn ja, wann sind Sie am besten telefonisch erreichbar? \_\_\_\_\_

Dürfen wir Sie bzgl. Nachfragen per E-Mail kontaktieren?                       nein                       ja

Was ist der Anlass der Vorstellung in der Familienambulanz?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



gesetzlich krankenversichert bei \_\_\_\_\_ (Name der Krankenkasse)

Kennnummer der Krankenkasse (zu finden auf der Gesundheitskarte)

\_\_\_\_\_

Versichertennummer (zu finden auf der Gesundheitskarte)

\_\_\_\_\_

Private Krankenversicherung, bei \_\_\_\_\_ (Name der Krankenkasse)

Sonstige Versicherung \_\_\_\_\_

Nicht versichert

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden / wer hat Ihnen die Anmeldung in der Psychotherapie-Ambulanz empfohlen?

\_\_\_\_\_

Falls **Internetrecherche**, über welche Seite haben Sie uns gefunden?

Hochschulambulanz-Seite UHH

therapie.de

Psych-Info.de

sonstige: \_\_\_\_\_

**Vielen Dank, dass Sie den Anmeldebogen ausgefüllt haben!**

Bitte überprüfen Sie bitte noch einmal, ob Sie alle Informationen eingetragen haben und senden Sie den Fragebogen dann an die nachfolgende Adresse oder per E-Mail an [sekretariat-hsa.psych@uni-hamburg.de](mailto:sekretariat-hsa.psych@uni-hamburg.de)

**Universität Hamburg  
Psychotherapeutische Hochschulambulanz  
Von-Melle-Park 5  
20146 Hamburg**

Wir werden uns nach dem Eingang des Anmeldebogens bei Ihnen melden und Sie über das weitere Vorgehen informieren.



**Einverständniserklärung der Sorgeberechtigten<sup>2</sup> zum Therapieinformationsgespräch (TIG) in der Familienambulanz für affektive Störungen an der Universität Hamburg**

Ich/wir, die/der Sorgeberechtigte/n, bin/sind damit einverstanden, dass im Rahmen eines Therapieinformationsgesprächs zur Indikationsklärung für eine ambulante Psychotherapie anamnestische Daten zu meinem/unserem Kind und der Lebenssituation (bspw. die Symptomatik) erhoben sowie diagnostische Verfahren durchgeführt werden.

**Angaben zum Kind:**

Name: \_\_\_\_\_

Geschlecht:       weiblich       männlich       divers

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

**Sorgeberechtigte/r 1:**

Name: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Sorgeberechtigte/r 2:**

Name: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Bitte **kreuzen** Sie entsprechend an:

- Es besteht das **alleinige** Sorgerecht.  
Bitte fügen Sie diesem Formular einen Nachweis (z.B. Beschluss, Auszug Sorgerechtserklärung) bei, sollte das alleinige Sorgerecht bestehen.
- Es besteht das **gemeinsame** Sorgerecht.

Hamburg, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Sorgeberechtigte/r 1

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Sorgeberechtigte/r 2

<sup>2</sup> Personensorgeberechtigt ist wem die Personensorge in rechtlicher Hinsicht gemäß vgl. §1626 BGB zusteht. Dies sind in der Regel beide Elternteile und die Adoptiv-  
tern, bzw. der/die Vormünder\*in (vgl. §1754 BGB). Auch nach der Trennung/Scheidung bleiben die Eltern personensorgeberechtigt, wenn nicht ein Elternteil Antrag  
auf Sorgeübertragung gestellt hat.



## **PATIENTENINFORMATION ZUM DATENSCHUTZ**

Sehr geehrte Damen und Herren,

der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns wichtig. Entsprechend der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) informieren wir Sie darüber, zu welchem Zweck die Psychotherapeutische Hochschulambulanz die oben aufgeführten Daten erhebt, speichert oder weiterleitet. Dieser Information können Sie auch entnehmen, welche Rechte Sie in puncto Datenschutz haben.

**ZWECK DER DATENVERARBEITUNG.** Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und einem Psychotherapeuten/einer Psychotherapeutin der Hochschulambulanz anbahnen zu können.

**EMPFÄNGER IHRER DATEN.** Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie ausdrücklich der Weiterleitung zugestimmt haben.

**SPEICHERUNG IHRER DATEN.** Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur so lange auf, wie dies für die Anbahnung der Psychotherapie in der Ambulanz notwendig ist. Sollten Sie eine Psychotherapie in unserer Ambulanz beginnen, werden wir Ihre Daten längerfristig aufbewahren: Sobald ein erstes Gespräch in der Ambulanz stattgefunden hat, sind wir aufgrund rechtlicher Vorgaben sind wir dazu verpflichtet, diese Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren. Die Daten werden dabei über die gesamte Zeitdauer durch geeignete technische und organisatorische Datenschutzmaßnahmen geschützt.

**IHRE RECHTE.** Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten. Auch können Sie die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen.

Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf Basis von gesetzlichen Regelungen. Nur in Ausnahmefällen benötigen wir Ihr Einverständnis in Form einer Schweigepflichtsentbindung. In diesen Fällen haben Sie das Recht, die Einwilligung für die zukünftige Datenübermittlung oder 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:

Name: Der Hamburgische Beauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit

Anschrift: Klosterwall 6 (Block C), 20095 Hamburg

**6. RECHTLICHE GRUNDLAGEN.** Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit Paragraf 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz.

Weitere Informationen erhalten Sie in der Psychotherapeutischen Hochschulambulanz.

Ihr Ambulanzteam