



Eingangsfragebogen

Der folgende Fragebogen enthält eine Reihe von Fragen zu Ihrem Therapiewunsch. Diese Informationen helfen uns, das erste Gespräch, sowie die nachfolgende diagnostische Untersuchung entsprechend Ihrer individuellen Situation zu planen und durchzuführen.

Bitte beantworten Sie jede Frage. Gern können Sie auch weitere Bemerkungen am Rand hinzufügen.

Sämtliche Angaben werden selbstverständlich streng vertraulich behandelt¹.

Bitte senden Sie den Fragebogen ausgefüllt und unterschrieben an unsere Anschrift zurück.

Wir danken Ihnen für Ihre Mitarbeit!

Ich interessiere mich für eine Behandlung in der Psychotherapeutischen Hochschulambulanz der Universität Hamburg und bitte Sie, mich für ein persönliches Erstgespräch vorzumerken. Mit der Unterschrift geben Sie an das die Angaben korrekt sind und wir Sie über die von Ihnen angegebenen Kontaktdaten kontaktieren dürfen.

Datum: _____ Unterschrift: _____

¹ Genauere Informationen zum Schutz Ihrer Daten finden Sie am Ende dieses Dokuments

1. Angaben zur Person

Name, Vorname:

Anschrift:

Telefon privat: _____ dienstlich: _____

Dürfen wir Sie telefonisch kontaktieren? nein ja

Wenn ja, wann sind Sie am besten telefonisch erreichbar? _____

E-Mail:

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

Planen Sie, in nächster Zeit umzuziehen? nein ja

Wenn ja wann? _____

Neue Anschrift? _____

Geschlecht männlich weiblich divers

Geburtsdatum _____

Familienstand ledig geschieden
 verheiratet verwitwet
 getrennt lebend wieder verheiratet
 feste Partnerschaft eingetragene Partnerschaft
 geschieden und in einer neuen Partnerschaft
 getrennt und in einer neuen Partnerschaft
 verwitwet und in einer neuen Partnerschaft

Zwillingsgeschwister nein ja

Leben Sie in einer festen Partnerschaft? nein ja

Schulabschluss? noch Schüler
 kein Schulabschluss
 Hauptschulabschluss (oder gleichwertig)
 Realschulabschluss (oder gleichwertig)
 Abitur/Fachabitur (oder gleichwertig)
 Sonstiges

Berufsausbildung? noch keine Ausbildung bzw. Studium
 kein Ausbildungsabschluss
 Lehre, bzw. Berufsausbildung, inkl. Fachschule, Techniker
 Universitäts- bzw. Fachhochschulabschluss
 Sonstige

Derzeit ausgeübter Beruf? _____

Derzeitiger beruflicher Status? vollzeit Hausfrau/-mann
 teilzeit in Altersrente / Pension
 arbeitslos erwerbsunfähig (EU-Rente) auf Dauer
 in Ausbildung erwerbsunfähig (EU-Rente) auf Zeit
 sonstiges: _____

Bei bestehender Erwerbsunfähigkeit (EU-Rente): Die Gründe sind psychische Probleme
 andere Gründe

Sind Sie zurzeit krankgeschrieben? nein ja

Betreuung

ASP-Betreuung ges. Betreuer

Falls vorhanden Telefonnummer: _____

Krankenkasse/ -versicherung:

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)

Beihilfe (bitte **Zusatzversicherung** –s.u. - angeben) _____

Post, Bahn, Polizei, Bundeswehr, Behörde: _____

Sozialamt, welches _____

LVA Landesversicherungsanstalt, Bundesland _____

BfA Bundesvers. Anstalt f. Angest. _____

Knappschaft _____

Berufsgenossenschaft _____ welche: _____

Sonstige _____

Nicht versichert

Name, Anschrift und Telefonnummer der zuständigen Geschäftsstelle bzw. Behörde:

Zusatzversicherung? nein ja

Falls ja: Name, Anschrift und Telefonnummer der zuständigen Geschäftsstelle:

2. Fragen zu Ihrem Behandlungswunsch

Bitte geben Sie nachfolgend Ihr Problem an, wegen dem Sie eine Behandlung wünschen:

Seit wann etwa leiden Sie unter diesem Problem?

Waren Sie wegen diesem Problem schon in medizinischer oder psychologischer Behandlung?
(Gemeint sind sowohl ambulante Behandlungen bei einem Arzt oder Psychologen als auch stationäre Behandlungen in einer Klinik.)

nein ja

Wie stark fühlen Sie sich zurzeit durch Ihr Problem belastet?

- sehr stark
 stark
 mittelmäßig
 wenig
 gar nicht

Trifft einer oder mehrere der folgenden Problembereiche auf Sie zu?

- Depression ernsthafte Probleme mit der Gesundheit
 Ängste wenn ja, welche? _____
 Essprobleme _____
 Alkohol- und Drogenprobleme wenn ja, sind sie in ärztlicher Behandlung? Wo? _____
 stressbezogene Beschwerden (z.B. Magengeschwür, Bluthochdruck) wenn ja, welche? _____
 Zwänge

- Schmerzstörungen
- Untergewicht
- Übergewicht
- sexuelle Probleme
- Selbstmordgedanken oder -pläne
- Selbstverletzungen
- Mobbing durch andere
- Halluzinationen
- Neurologische Erkrankungen wie z.B.
 - Schädel-Hirn-Trauma oder eine Ohnmacht, die länger als 10 Minuten anhielt,
 - Meningitis,
 - Schlaganfall,
 - Epilepsie,
 - Multiple Sklerose,
 - Hirntumor,
 - Hirnaneurysma,
 - Migräne (häufiger als 4-mal pro Monat oder regelmäßige/dauerhafte Medikation)
- Alpträume
- Wutanfälle
- Einsamkeit
- Gedächtnis- oder Konzentrations-schwierigkeiten
- häufiger Wechsel der Arbeitsstelle
- Wahnhafte Erleben

Nehmen Sie Medikamente ein und wenn ja, welche?

Wie und durch wen sind Sie auf die Psychotherapeutische Hochschulambulanz aufmerksam geworden?

Wir danken Ihnen für die Mühe beim Ausfüllen des Fragebogens!

Bitte überprüfen Sie noch einmal, ob Sie auch wirklich alle Fragen beantwortet haben. Senden Sie dann den Fragebogen an die

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

Wir werden uns nach der Auswertung des Fragebogens bei Ihnen melden und Sie über das weitere Vorgehen informieren.

PATIENTENINFORMATION ZUM DATENSCHUTZ

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

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 solange 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