



Universität Hamburg
DER FORSCHUNG | DER LEHRE | DER BILDUNG

FAKULTÄT
FÜR PSYCHOLOGIE UND
BEWEGUNGSWISSENSCHAFT

Psychotherapeutische Hochschulambulanz
Institut für Psychologie
von-Melle-Park 5
20146 Hamburg

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, dass 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 ☐ jaPlanen Sie, in nächster Zeit umzuziehen? ☐ nein ☐ ja

Wenn ja wann? _____

Neue Anschrift? _____

Geschlecht ☐ männlich ☐ weiblich ☐ divers

Geburtsdatum _____

Familienstand	☐ ledig	☐ geschieden
	☐ verheiratet	☐ verwitwet
	☐ getrennt lebend	

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**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 | ☐ Alpträume |
| ☐ Untergewicht | ☐ Wutanfälle |
| ☐ Übergewicht | ☐ Einsamkeit |
| ☐ sexuelle Probleme | ☐ Gedächtnis- oder Konzentrations- |
| ☐ Selbstmordgedanken oder -pläne | schwierigkeiten |
| ☐ Selbstverletzungen | ☐ häufiger Wechsel der Arbeitsstelle |

- ☐ 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)
- ☐ Wahnhaftes 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 Paragraph 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz.

Weitere Informationen erhalten Sie in der Psychotherapeutischen Hochschulambulanz.

Ihr Ambulanzteam