

Sehr geehrte Frau,  
Sehr geehrter Herr,

da Sie sich an uns zur einer Beratung über Psychotherapie wenden, ist eine Vorbereitung des Gesprächs notwendig. Daher bitten wir Sie, auf diesem Anmeldebogen einige Fragen zu Ihrer persönlichen Situation zu beantworten und uns den Bogen per Briefpost zu schicken (Institut für Psychodynamische Psychotherapie PIN, Untere Baustraße 20, 90478 Nürnberg). Selbstverständlich unterliegen alle Angaben und Gesprächsinhalte der ärztlichen und psychotherapeutischen Schweigepflicht.

Unsere Mitarbeiter\*innen sind Ärzt\*innen und Diplompsycholog\*innen sowie approbierte ärztliche und psychologische Psychotherapeut\*innen mit tiefenpsychologisch fundierter und analytischer Ausbildung. Nach Rücksendung des vollständig ausgefüllten Fragebogens bieten wir Ihnen gerne eine Beratung an. Nach Abschluss der Beratung vermitteln wir Sie gegebenenfalls in eine für Sie geeignete Psychotherapie.

Zur Terminvereinbarung erreichen Sie unsere Ambulanz unter 01590-1399970.

## ANMELDUNG

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_  
PLZ . Ort . Straße

geb. am \_\_\_\_\_ Alter \_\_\_\_\_

Geschlecht \_\_\_\_\_ Nationalität \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Mobil \_\_\_\_\_

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

Krankenkasse mit Anschrift \_\_\_\_\_

Gesetzliche Krankenversicherung

Privatversicherung

Hausärztliche Praxis mit Anschrift \_\_\_\_\_

Erhielten Sie unsere Anschrift durch eine\*n

Arzt\*Ärztin

Klinik

Beratungsstelle

Krankenkasse

privaten Hinweis

Sonstige

**Familienstand und Haushalt** (Wenn zwei Beschreibungen zutreffen, wählen Sie diejenige aus, die aus Ihrer Sicht wichtiger ist).

ledig \_\_\_ verh.(seit) \_\_\_\_\_ gesch.(seit) \_\_\_\_\_ verw.(seit) \_\_\_\_\_ getrennt leb.(seit) \_\_\_\_\_

In fester Partnerschaft \_\_\_\_\_ Andere, nicht genannte Beziehungsform: \_\_\_\_\_

Anzahl Kinder: \_\_\_\_\_ Größe des Haushalts: \_\_\_\_\_ Erwachsene \_\_\_\_\_ Kinder

**Höchster Schulabschluss**

Noch in der Schule \_\_\_\_\_ Förderschulabschluss \_\_\_\_\_

Hauptschul-/ Mittelschulabschluss \_\_\_\_\_ Realschulabschluss / Mittlere Reife \_\_\_\_\_

Abitur/ Fachhochschulreife \_\_\_\_\_

ohne Abschluss \_\_\_\_\_ sonstiger Abschluss: \_\_\_\_\_

**Höchster Berufsabschluss**

Noch in der Berufsausbildung \_\_\_\_\_ Lehre \_\_\_\_\_ Meister / Fachschule \_\_\_\_\_

Fachhochschule/Universität \_\_\_\_\_ ohne Abschluss \_\_\_\_\_

sonstiger Abschluss: \_\_\_\_\_

**Aktuelle Erwerbstätigkeit oder sonstige Tätigkeit:**

Reguläres Arbeitsverhältnis (außer Minijob) oder selbstständig \_\_\_\_\_

Studium / Ausbildung / Umschulung \_\_\_\_\_ Hausfrau / Hausmann \_\_\_\_\_

Rentner\*in \_\_\_\_\_ arbeitssuchend / arbeitslos \_\_\_\_\_ sonstiges: \_\_\_\_\_

**Arbeitsunfähigkeit**

*Zum Zeitpunkt der Kontaktaufnahme / aktuell:*

ja (Dauer in Wochen) \_\_\_\_\_ nein \_\_\_\_\_

*In den letzten 12 Monaten:*

keine \_\_\_\_\_ unter 3 Monate \_\_\_\_\_ 3-6 Monate \_\_\_\_\_ mehr als 6 Monate \_\_\_\_\_

**Vorzeitige Berentung**

Sind Sie aktuell vorzeitig berentet?

ja \_\_\_\_\_ nein \_\_\_\_\_

Ist aktuell ein Rentenanspruch gestellt bzw. läuft ein Verfahren zur Rentenfeststellung?

ja \_\_\_\_\_ nein \_\_\_\_\_

1. Was hat Sie veranlasst, sich gerade jetzt an uns zu wenden?

---

---

2. Unter welchen Beschwerden leiden Sie?

---

---

3. Wie lange leiden Sie unter den Beschwerden?

bis 1 Jahr \_\_\_\_\_ bis 2 Jahre \_\_\_\_\_ bis 5 Jahre \_\_\_\_\_ bis 10 Jahre \_\_\_\_\_

mehr als 10 Jahre \_\_\_\_\_

4. Sind Sie aktuell bzw. waren Sie früher in ambulanter psychologischer / psychotherapeutischer oder psychiatrischer Behandlung oder in einer psychosomatischen oder psychiatrischen Klinik zur stationären / tagesklinischen Psychotherapie?

Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_

Wie lange? \_\_\_\_\_

Bei wem oder in welcher Institution? \_\_\_\_\_

5. Bitte geben Sie an, ob oder in welcher Weise Sie Alkohol oder andere Drogen zu sich nehmen oder ob Sie für bestimmte Gewohnheiten oder Verhaltensweisen so intensiv Zeit aufwenden, dass diese Tätigkeit Ihren Alltag bestimmt und Sie dies teilweise nicht begrenzen können (z. B. Internetkonsum, Soziale Medien o.a.).

---

---

6. Sind Sie damit einverstanden, dass Aus- und Weiterbildungsteilnehmer\*innen des PIN die Anamneseerhebung vornehmen und ggf. auch eine Therapie durchführen?

ja \_\_\_\_\_ nein \_\_\_\_\_

7. Gibt es bei Ihnen zeitliche Einschränkungen für die Terminvereinbarung?

Nur vormittags \_\_\_\_\_ Nur nachmittags \_\_\_\_\_ Nur abends \_\_\_\_\_ flexibel \_\_\_\_\_

8. Für Terminvereinbarungen sowie organisatorische Absprachen bin ich mit der Nutzung folgender elektronischer Kommunikationswege einverstanden (bitte mind. 1 ankreuzen):
- E-Mail
  - Mobilfunknummer
  - Festnetz

Sie können dies jederzeit widerrufen.

Die Beratung wird von der Krankenkasse bezahlt. Bitte bringen Sie Ihre **Versichertenkarte mit!** Privatpatient\*innen erhalten eine Rechnung, die der Versicherung eingereicht werden kann. Der vereinbarte Beratungstermin ist verbindlich.

### Ausfallhonorar

Mit Rücksendung des Fragebogens erklären Sie sich damit einverstanden, dass nach verbindlicher Vereinbarung eines Beratungstermins bei Nichteinhaltung ein Bereitstellungshonorar von **50 Euro** in Rechnung gestellt wird, falls der Termin nicht 48 Stunden vorher schriftlich oder telefonisch abgesagt wurde.

Die Datenschutzerklärung für Patient\*innen (Seite 3 und 4) habe ich zur Kenntnis genommen.

Die Anmeldung ist nur mit Ihrer Unterschrift gültig.

\_\_\_\_\_

Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift

**Bitte senden Sie die ausgefüllte Anmeldung (ohne die folgende Datenschutzerklärung) per Post an:**  
Institut für Psychodynamische Psychotherapie Nürnberg, PIN, Untere Baustr. 20, 90478 Nürnberg

## Datenschutzerklärung für Patient\*innen

### Verantwortliche Stelle

Das Institut für Psychodynamische Psychotherapie Nürnberg e.V. (PIN)  
Untere Baustr. 20  
90478 Nürnberg  
Tel.: 0911-937-83971  
E-Mail: [info@psychodynamisches-institut.de](mailto:info@psychodynamisches-institut.de)

verarbeitet Ihre personenbezogenen Daten im Einklang mit den jeweils anwendbaren gesetzlichen Datenschutzanforderungen zu unterschiedlichen Zwecken.

### Datenschutzbeauftragte\*r

Der\*die Verantwortliche hat einen\*eine Datenschutzbeauftragte\*n bestellt, dieser\*diese ist wie folgt zu erreichen:

Datenschutzbeauftragte\*r  
Institut für Psychodynamische Psychotherapie Nürnberg e.V. (PIN)  
Untere Baustr. 20  
90478 Nürnberg  
E-Mail: [datenschutz@psychodynamisches-institut.de](mailto:datenschutz@psychodynamisches-institut.de)

### Welche Rechte haben Sie bezüglich Ihrer Daten?

Sie haben jederzeit das Recht unentgeltlich Auskunft über Herkunft, Empfänger und Zweck Ihrer gespeicherten personenbezogenen Daten zu erhalten. Sie haben außerdem ein Recht, die Berichtigung, Sperrung oder Löschung dieser Daten zu verlangen. Hierzu sowie zu weiteren Fragen zum Thema Datenschutz können Sie sich jederzeit unter der im Impressum bzw. oben angegebenen Adresse an uns wenden. Des Weiteren steht Ihnen ein Beschwerderecht bei der zuständigen Aufsichtsbehörde zu.

Außerdem haben Sie das Recht, unter bestimmten Umständen die Einschränkung der Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu verlangen. Details hierzu entnehmen Sie der Datenschutzerklärung unter „Recht auf Einschränkung der Verarbeitung“.

### Widerruf Ihrer Einwilligung zur Datenverarbeitung

Viele Datenverarbeitungsvorgänge sind nur mit Ihrer ausdrücklichen Einwilligung möglich. Sie können eine bereits erteilte Einwilligung jederzeit widerrufen. Dazu reicht eine formlose Mitteilung per E-Mail an uns. Die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitung bleibt vom Widerruf unberührt.

### Beschwerderecht bei der zuständigen Aufsichtsbehörde

Im Falle von Verstößen gegen die DSGVO steht den Betroffenen ein Beschwerderecht bei einer Aufsichtsbehörde, insbesondere in dem Mitgliedsstaat ihres gewöhnlichen Aufenthalts, ihres Arbeitsplatzes oder des Orts des mutmaßlichen Verstoßes zu. Das Beschwerderecht besteht unbeschadet anderweitiger verwaltungsrechtlicher oder gerichtlicher Rechtsbehelfe.

Eine Liste der Datenschutzbeauftragten oder Datenschutzverantwortlichen sowie deren Kontaktdaten können folgendem Link entnommen werden: [https://www.bfdi.bund.de/DE/Infothek/Anschriften\\_Links/anschriften\\_links-node.html](https://www.bfdi.bund.de/DE/Infothek/Anschriften_Links/anschriften_links-node.html).

### Recht auf Datenübertragbarkeit

Sie haben das Recht, Daten, die wir auf Grundlage Ihrer Einwilligung oder in Erfüllung eines Vertrags automatisiert verarbeiten, an sich oder an einen Dritten in einem gängigen, maschinenlesbaren Format aushändigen zu lassen. Sofern Sie die direkte Übertragung der Daten an eine andere verantwortliche Person verlangen, erfolgt dies nur, soweit es technisch machbar ist.

### Auskunft, Sperrung, Löschung und Berichtigung

Sie haben im Rahmen der geltenden gesetzlichen Bestimmungen jederzeit das Recht auf unentgeltliche Auskunft über Ihre gespeicherten personenbezogenen Daten, deren Herkunft und Empfänger und den Zweck der Datenverarbeitung und ggf. ein Recht auf Berichtigung, Sperrung oder Löschung dieser Daten. Hierzu sowie zu weiteren Fragen zum Thema personenbezogene Daten können Sie sich jederzeit unter der im Impressum angegebenen Adresse an uns wenden.

### Recht auf Einschränkung der Verarbeitung

Sie haben das Recht, die Einschränkung der Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu verlangen. Hierzu können Sie sich jederzeit unter der im Impressum angegebenen Adresse an uns wenden. Das Recht auf Einschränkung der Verarbeitung besteht in folgenden Fällen:

- Wenn Sie die Richtigkeit Ihrer bei uns gespeicherten personenbezogenen Daten bestreiten, benötigen wir in der Regel Zeit, um dies zu überprüfen. Für die Dauer der Prüfung haben Sie das Recht, die Einschränkung der Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu verlangen.

- Wenn die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten unrechtmäßig geschah / geschieht, können Sie statt der Löschung die Einschränkung der Datenverarbeitung verlangen.
- Wenn wir Ihre personenbezogenen Daten nicht mehr benötigen, Sie sie jedoch zur Ausübung, Verteidigung oder Geltendmachung von Rechtsansprüchen benötigen, haben Sie das Recht, statt der Löschung die Einschränkung der Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu verlangen.
- Wenn Sie einen Widerspruch nach Art. 21 Abs. 1 DSGVO eingelegt haben, muss eine Abwägung zwischen Ihren und unseren Interessen vorgenommen werden. Solange noch nicht feststeht, wessen Interessen überwiegen, haben Sie das Recht, die Einschränkung der Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu verlangen.

Wenn Sie die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten eingeschränkt haben, dürfen diese Daten – von ihrer Speicherung abgesehen – nur mit Ihrer Einwilligung oder zur Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen oder zum Schutz der Rechte einer anderen natürlichen oder juristischen Person oder aus Gründen eines wichtigen öffentlichen Interesses der Europäischen Union oder eines Mitgliedsstaats verarbeitet werden.

## Informationen zur Datenverarbeitung

Als Patient\*in verarbeiten wir ihre personenbezogenen Daten zu Behandlungszwecken.

## Zwecke der Datenverarbeitung

Darüber hinaus verarbeiten wir ihre personenbezogenen Daten zur Erreichung folgender Zwecke:

- Diagnostik, Therapie
- Abrechnung mit KVB

Darüber hinaus verarbeiten wir ihre Daten nur mit ihrer ausdrücklichen Einwilligungserklärung (z. B. Berichte an ärztliche / psychotherapeutische Kolleg\*innen).

## Rechtsgrundlagen für die Verarbeitung

Folgende personenbezogene Daten verarbeiten wir insbesondere:

1. Art. 6 Abs. 1 lit. a) auf Basis einer Einwilligung von Ihnen, wobei für einen Vertragsabschluss oder die Fortführung eines bestehenden Vertrages grundsätzlich keine erforderlich ist
2. Art. 6 Abs. 1 lit. b) zur Begründung, der Durchführung und der Beendigung eines Vertragsverhältnisses,
3. Art. 6 Abs. 1 lit. c) zur Erfüllung einer rechtlichen Verpflichtung,

4. Art. 6 Abs. 1 lit. f) zur Wahrung eines berechtigten Interesses

Unsere berechtigten Interessen liegen dabei in der Erreichung der oben genannten Zwecke und darüber hinaus z.B. in:

- Wahrnehmung unseres Interesses
- der Sicherstellung der Compliance mit Sicherheitsvorschriften, Auflagen und vertraglichen Verpflichtungen,
- der Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung rechtlicher Ansprüche,
- der Vermeidung einer Schädigung und/oder Haftung des Unternehmens durch entsprechende Maßnahmen

## Daten die von Dritten erhoben werden

Ggf. werden uns Daten von Dritten zur Verfügung gestellt, z.B. von ärztlichen/psychotherapeutischen Kolleg\*innen. In diesem Fall handelt es sich i.d.R. um Kontaktdaten in Verbindung mit Diagnostikdaten (z. B. Überweisung)

## Datenarten, die von uns verarbeitet werden

Verarbeitet werden folgende personenbezogene Daten:

- private Kontaktdaten (sofern freiwillig bereitgestellt);
- dienstliche Kontaktdaten;
- ggf. Fotos;
- Chipkartendaten
- Befunddaten
- Diagnostikdaten
- Anamnesedaten
- Identifikations-/Zahlungsdaten;
- Transaktionsdaten;
- Korrespondenzdaten;

## Kategorien von Empfängern

- KVB
- Ärztliche/Psychotherapeutische Kolleg\*innen
- Krankenkassen
- Krankenversicherungen
- Kliniken
- Medizinischer Dienst
- Sozial-psychiatrischer Dienst
- Psyprax
- Behörden wie z.B. Gesundheitsamt,

Einzelne der vorgenannten Prozesse werden durch sorgfältig ausgewählte und beauftragte Dienstleister ausgeführt. Wir übermitteln oder erhalten personenbezogene Daten dieser Dienstleister einzig auf Grundlage eines Verarbeitungsvertrags.