



vft Systemische Institutsambulanz

Daiserstr.3

81371 München

## Anmeldung zur systemischen Psychotherapie

Wir freuen uns über Ihr Interesse an einem Behandlungsplatz in der vft-Institutsambulanz.

Um ein Erstgespräch in unserer Ambulanz zu vereinbaren, füllen Sie bitte den folgenden Anmeldebogen aus. Die Unterlagen senden Sie bitte vollständig unterschrieben per Post direkt an unser Ambulanzbüro in die Kidlerstraße (eine Zusendung per E-Mail ist aus Datenschutzgründen leider nicht zulässig). In einem Erstgespräch wird gemeinsam geklärt, ob eine Therapie im vft für Sie das Richtige ist.

Sobald Ihre Anmeldung bei uns eingegangen ist, überprüfen wir diese gerne und setzen uns mit Ihnen in Verbindung. Eine Anmeldung ist noch keine Zusage für ein Erstgespräch oder einen Therapieplatz. Da die Terminvereinbarung per E-Mail erfolgt, können Anmeldungen ohne E-Mail-Adresse leider nicht berücksichtigt werden. Ebenso können wir nur gesetzlich versicherte Patienten behandeln. Wir freuen uns auf Sie! 😊

Vorname, Name:	Anschrift:
Geburtsdatum:	Geburtsort:
Telefonnr:	E-Mail:
Name der gesetzlichen Krankenversicherung (Privatpatienten leider nicht möglich):	Versichertennr:
Nummer der Versicherung:	Gültig bis:
Name des Hausarzts (falls vorhanden):	Falls vorhanden, Vordiagnosen:



Haben Sie in den letzten 2 Jahren eine ambulante Psychotherapie gemacht?

nein

ja

Wenn ja, bei wem und warum abgebrochen oder erfolglos:

Bitte beschreiben Sie die aktuellen Probleme und Schwierigkeiten im Alltag, weswegen Sie eine Therapie anstreben:

Welche Ursache und Hintergründe vermuten Sie für Ihre Probleme:

Woran werden Sie am ehesten feststellen, dass die Therapie ein Erfolg ist?

Was sind bisher Ihre nützlichsten Strategien, um mit dem Problem/ Ihrem Anliegen zurechtzukommen?



Wen zählen Sie zu Ihrer Familie?

Wer sind aktuell wichtige Bezugspersonen in Ihrem Umfeld?

In der Systemischen Therapie ist es oft sinnvoll und erfolgversprechend, wenn Bezugspersonen zu den Therapiesitzungen hinzukommen. Welche der genannten Personen würden Sie evtl. in Ihre Therapie einbinden?

An welchen Wochentagen und in welchem Zeitfenster können Sie Termine bei uns wahrnehmen?

**Montag**

Vormittag: \_\_\_\_\_

Nachmittag: \_\_\_\_\_

**Dienstag**

Vormittag: \_\_\_\_\_

Nachmittag: \_\_\_\_\_

**Mittwoch**

Vormittag: \_\_\_\_\_

Nachmittag: \_\_\_\_\_

**Donnerstag**

Vormittag: \_\_\_\_\_

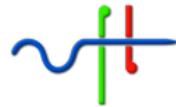
Nachmittag: \_\_\_\_\_

**Freitag**

Vormittag: \_\_\_\_\_

Nachmittag: \_\_\_\_\_

Bitte unterschreiben Sie die Informationen zum Datenschutz auf Seite 4 unten,  
da diese Informationen auch Ihre Anmeldung und ggf. Behandlung beim vft betreffen.



## WICHTIGE INFORMATIONEN UND ANGABEN ZUM DATENSCHUTZ

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns wichtig. Nach der EU-Datenschutz Grundverordnung (DSGVO) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert oder verarbeitet. Der Information können Sie auch entnehmen, welche Rechte Sie in puncto Datenschutz haben.

### 1. VERANTWORTLICHKEIT FÜR DIE DATENVERARBEITUNG

Verantwortlich für die Datenverarbeitung: vft-Systemisches Institutsambulanz München, Daiserstr. 3, 81371 München

### 2. ZWECK DER DATENVERARBEITUNG

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und der Institutsambulanz und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen. Hierfür verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten (z. B. Diagnose). Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung, um z. B. mit der Krankenkasse abrechnen zu können.

### 3. EMPFÄNGER IHRER DATEN

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten mittels eines verschlüsselten Abrechnungssystems an die Krankenkasse und führen zudem ausschließlich notwendige Korrespondenz mit Ihrer/m Therapeutin/en per E-Mail. Da wir ein Ausbildungsinstitut sind, unterliegt jede/r Therapeut/in der Supervisionspflicht. Entsprechend werden Inhalte der Therapie und ggf. Videoaufzeichnungen mit Supervisoren besprochen, die selbstverständlich der Schweigepflicht unterliegen. Ihrem Hausarzt übermitteln wir keine Informationen über Ihre Therapie, außer Sie äußern ausdrücklich den entsprechenden Wunsch.

### 4. SPEICHERUNG IHRER DATEN

Aufgrund rechtlicher Vorgaben sind wir dazu verpflichtet, Ihre Daten 10 Jahre lang nach Abschluss der Behandlung unter gesicherten Voraussetzungen im Institut aufzubewahren. Die Speicherung Ihrer Daten erfolgt größtenteils digital.

### 5. IHRE RECHTE

Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten (z. B. Diagnose). 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. 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 (Bayerisches Landesamt für Datenschutzaufsicht (BayLDA), Promenade 18, 91522 Ansbach).

### 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. Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich gerne an uns wenden.

### 7. UNSERE KONTAKTDATEN

vft systemische Institutsambulanz München gGmbH, Daiserstr. 3, 81371 München

Tel: 0 89 / 720 15 158

E-Mail: [anmeldung@vft-institutsambulanz.de](mailto:anmeldung@vft-institutsambulanz.de)

### 8. OPTIONAL

Um die Korrespondenz mit Ihrer/m Therapeutin/en zu erleichtern, können Sie nach Bedarf gerne der Kommunikation per SMS oder Signal zustimmen (jederzeit widerrufbar):  ja  nein

### 9. Elektronische Patientenakte ePA

Der Einsicht und Bearbeitung der elektronischen Patientenakte stimme ich zu:  ja  nein

Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie, dass Sie die Informationen gelesen haben und entsprechend einwilligen:

Ort, Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_