

Liebe:r Jugendliche:r,

wir freuen uns, dass du dich für eine ADHS-Diagnostik bei uns am apb interessierst. **Jugendliche ab 16 Jahren und mit gesetzlicher Versicherung (z.B. AOK, BKK und viele mehr)** können sich in Deutschland oft ohne Zustimmung der Eltern für eine Psychotherapie, oder in diesem Fall eine Diagnostik, anmelden. Wenn du diese Voraussetzungen erfüllst, kannst du dich selbstständig bei uns um die Therapie bewerben. Die nächsten Schritte auf dem Weg zur Behandlung sind dann:

1. **Zwei Sachen lesen:** Wir möchten, dass du schon vorher weißt, wie wir Diagnostik machen und wie wir deine Daten schützen. Dazu stellen wir das **Informationsblatt: ADHS-Diagnostik am apb** (S.2) sowie die **Patienteninformation zum Datenschutz** (S.3) bereit. Bitte lies beide Dokumente, da sie wichtige Informationen enthalten.
2. **Eine Sache ausfüllen:** Auf Seite 5 findest du den **Eingangsfragebogen ADHS-Diagnostik für Jugendliche**, der uns hilft, dir ein passendes Angebot zu machen. Bitte sende ihn ausgefüllt an die o.g. Adresse. Deine Eltern können dir gerne helfen, wenn du willst. Mit der Checkliste (S.8) kannst du prüfen, ob alle Informationen (z.B. Vorbefunde oder Zeugnis) beiliegen.
3. **Eine Sache weitergeben:** Bitte gib den „Kurzfragebogen für Helfende“ (letzte Seite) an Menschen weiter, die dich unterstützen.
4. **Ein Gespräch in Konstanz:** Nach Prüfung des Fragebogens laden wir dich zur Sprechstunde nach Konstanz ein. Bitte bring hierzu deine Versichertenkarte mit. Anschließend kann die Diagnostik beginnen. Du lernst deine:n Diagnostiker:in kennen und ihr schaut, wie ihr vertrauensvoll miteinander arbeiten könnt.

Wenn du Fragen hast, melde dich gerne bei uns. Auf deinen Eingangsfragebogen freuen wir uns!

Liebe Grüße

Dr. Johanna Maier-Karius

PP | stellvertretende Institutsleitung

Dr. Lisa Finkel

PP | kommissarische Ambulanzleitung

Informationsblatt: Psychotherapie am apb

Anhand der folgenden Informationen kannst du prüfen, ob unser Angebot zu dir passt.

Was bedeutet es, eine ADHS-Diagnostik an unserem Ausbildungsinstitut zu machen?

- Dein:e Diagnostiker:in befindet sich in fortgeschrittenem Universitätsstudium oder hat dieses bereits abgeschlossen und befindet sich in der Psychotherapieausbildung.
- Dein:e Diagnostiker:in bespricht (z.T. in kleinen Gruppen) den Verlauf der letzten Sitzungen mit erfahrenen Psychotherapeut:innen (Supervision). Hierzu können prinzipiell alle Sitzungen mit Video/Ton aufgenommen werden. Alle Beteiligten unterliegen der Schweigepflicht.
- Wir führen eine gründliche Diagnostik durch – u.a. mit Fragebögen. Deine Daten werden anonymisiert gespeichert und ggf. zu Forschungszwecken verwendet. Rückschlüsse auf Deine Person sind ausgeschlossen.

Wie schnell bekomme ich einen Platz für eine ADHS-Diagnostik?

- Wir bemühen uns sehr um eine zügige Bearbeitung. Da die Anzahl der Nachfragen schwankt, kann es auch zu Wartezeiten kommen. Sobald wir dir einen Platz anbieten können, melden wir uns bei dir.

Was mache ich in akuten Notfällen?

- In Notfällen wendest du dich an die nächstgelegene Psychiatrie, den Notfall- & Bereitschaftsdienst 116, 117 oder die Feuerwehr 112.

Kann ich den Eingangsfragebogen auch per Email zusenden?

- Davon raten wir ab, weil der Schutz deiner Daten nicht gewährleistet werden kann. Wir empfehlen das Zusenden per Post. Es steht dir frei, uns per Email zu kontaktieren. Wir bitten um Verständnis, dass wir dir auf diesem Wege jedoch nicht antworten. Bei Rückfragen kannst du gerne telefonisch Kontakt aufnehmen.

Wie geht ihr mit meinen Daten und Angaben um?

- Deine Daten und Angaben werden selbstverständlich streng vertraulich behandelt.
- Kommt keine Diagnostik zustande, wird der Eingangsfragebogen sechs Monate nach Eingang vernichtet.
- Ausführliche Informationen hierzu erhältst du auf Seite 3 „Patienteninformation zum Datenschutz“.

Kommen durch die Diagnostik Kosten auf mich zu?

- Bist du bei den gesetzlichen Krankenkassen versichert werden die Kosten meist von der Krankenkasse getragen.
- Bist du privat krankenversichert, dann melde dich bitte vorher telefonisch bei uns.
- Anfahrtskosten werden i.d.R. nicht von der Krankenkasse getragen. Dies gilt auch für die 1. Sprechstunde.

Was mache ich, wenn ich den Termin zur 1. Sprechstunde nicht wahrnehmen kann oder den Termin verpasst habe?

- Wenn du den Termin nicht wahrnehmen kannst, bitten wir darum, den Termin telefonisch abzusagen -notfalls auch kurzfristig. Es kommen dadurch keine Kosten auf dich zu.
- Wenn du den Termin verpasst hast ohne dich abzumelden, werden wir dich nicht erneut kontaktieren. Das hat rein organisatorische Gründe. Gerne kannst du jederzeit wieder Kontakt zu uns aufnehmen.

Wie häufig finden die diagnostischen Sitzungen statt?

- Sitzungen finden i.d.R. einmal pro Woche für 50 Minuten statt. Je nach Fragestellung kann die Diagnostik zwischen vier und sechs Sitzungen dauern.

Wo findet das erste Gespräch statt?

- In der Bruder-Klaus-Straße 8, 2. OG in 78467 Konstanz.



Patienteninformation zum Datenschutz

Mit den folgenden Hinweisen möchten wir Sie allgemein über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch uns informieren. Zusätzlich erhalten Sie einen Überblick über Ihre Rechte aus den Datenschutzgesetzen.

1. Verantwortliche Stelle

Zentrum für Psychotherapie Bodensee (Kontaktdaten siehe unten)

2. Zweck der Verarbeitung und Rechtsgrundlagen

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem:r Diagnostiker:in und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen.

Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapievorschläge und Befunde, die wir oder andere Ärzte oder Psychotherapeuten erheben. Zu diesen Zwecken können uns auch andere Ärzte oder Psychotherapeuten, bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen (z.B. in Arztbriefen).

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.

Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann eine sorgfältige Behandlung nicht erfolgen.

Die personenbezogenen Daten können auch zur Wahrung der Qualitätsstandards und zu wissenschaftlichen Forschungszwecken und Studien verarbeitet werden. Rechtsgrundlage hierfür ist Artikel 9 Abs. 2 lit. I DSGVO in Verbindung mit Paragraph 22 Abs. 1 Nr. 1 lit. C Bundesdatenschutzgesetz.

3. Empfänger Ihrer Daten

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben.

Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem andere Ärzte / Psychotherapeuten, Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, Ärztekammern und privatärztliche Verrechnungsstellen sein.

Die Übermittlung erfolgt überwiegend zum Zwecke der Abrechnung der bei Ihnen erbrachten Leistungen, zur Klärung von medizinischen und sich aus Ihrem Versicherungsverhältnis ergebenden Fragen. Im Einzelfall erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechtigte Empfänger, beispielsweise an Supervisoren oder Gutachter.

Wir haben spezialisierte Dienstleister beauftragt, uns zu unterstützen, dazu zählen beispielsweise Softwareanbieter, Systemadministratoren und Rechenzentrumsbetreiber. Diese haben, nur soweit für die Erbringung der Dienstleistungen unbedingt erforderlich, Zugriff auf personenbezogene Daten.

4. Speicherung Ihrer Daten

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies für die Durchführung der Behandlung erforderlich ist.

Aufgrund rechtlicher Vorgaben sind wir dazu verpflichtet, diese Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren. Nach anderen Vorschriften können sich längere Aufbewahrungsfristen ergeben, zum Beispiel 30 Jahre falls dauerhafte Dokumentation sinnvoll erscheint.

Videoaufzeichnungen werden unverzüglich nach Abschluss der Ausbildung unter Supervision gelöscht.

5. Ihre Rechte

Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten. 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.

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

6. Unsere Kontaktdaten:

Zentrum für Psychotherapie Bodensee

Bruder-Klaus-Str. 8

78467 Konstanz

Telefon: 07531 – 45 45 45 0

Fax: 07531 – 45 45 45 45

Unseren betrieblichen Datenschutzbeauftragten erreichen Sie

per E-Mail: datenschutz@ap-bodensee.de

oder per Post unter vorstehender Anschrift, „zu Händen des Datenschutzbeauftragten“

Bitte fülle den Fragebogen aus, damit wir dir ein passendes Angebot machen können.

Der Fragebogen wird ausgefüllt alleine mit Hilfe von _____

Vorname _____ Nachname _____

Geburtsdatum _____ Geschlecht m w d Konfession _____

Straße _____ PLZ _____ Ort _____

Tel. privat _____ Tel. mobil _____

Sprache/n _____ Staatsbürgerschaft _____

Das Sorgerecht wird gemeinsam ausgeübt liegt bei der Mutter liegt beim Vater

liegt bei jemandem anderes _____

Ich bin krankenversichert über Familienversicherung Mutter Vater

Name der Krankenkasse _____ gesetzlich privat

Name deines Haus-/ Kinderarztes _____ Anschrift _____

Zu folgenden Zeitfenstern (z.B. von 8 bis 12) ist mir die **Diagnostik** (ca. 4-6 Termine á 50 Minuten) möglich

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag
Vormittags	-	-	-	-	-	-
Nachmittags	-	-	-	-	-	-

Wurde dir die ADHS-Abklärung von anderen Behandlern empfohlen? Warum meldest du dich gerade jetzt für eine Abklärung an? _____

Wie bist du auf uns **aufmerksam** geworden? Wurde dir unsere Ambulanz **empfohlen**? _____

Ich wohne bei Eltern Verwandten WG Heim mit _____ Geschwistern

Name der Mutter _____ Name des Vaters _____

Alter _____ Sprache/n _____ Alter _____ Sprache/n _____

Staatsbürgerschaft _____ Staatsbürgerschaft _____

Derzeitige Tätigkeit _____ Derzeitige Tätigkeit _____

Die Eltern sind verheiratet getrennt geschieden in neuen Beziehungen verwitwet

oder _____

Wie ist das **Verhältnis** zwischen dir und deinen Eltern (und anderen Erwachsenen im Haushalt)?

Häufigster Anlass zum **Streit** ist _____

Kontakt zur Mutter besteht jederzeit regelmäßig unregelmäßig nicht, seit _____

Kontakt zum Vater besteht jederzeit regelmäßig unregelmäßig nicht, seit _____

Hat/te jemand in der **Familie eine psychische Erkrankung?** nein ja und zwar

Großvater Großmutter Vater Mutter Bruder Schwester

Welche Erkrankungen? Depression Angst Psychose oder _____

Angaben zu körperlichen Erkrankungen, Operationen & Unfälle

Sehschwäche _____ (Brille ja/nein) seit _____ Hörschäden _____ seit _____

Sprachstörungen _____ seit _____ Schäden am Körper _____ seit _____

Bewegungsstörungen _____ seit _____ Allergien _____ seit _____

geistige Schwächen _____ seit _____ Erkrankungen, Operationen, Unfälle _____

Welche Medikamente nimmst du derzeit ein (über einen längeren Zeitraum regelmäßig)

Ich habe schon mal Alkohol getrunken nie ja und zwar

pro Monat _____ Gläser Bier, _____ Gläser Wein, _____ Gläser Schnaps **oder** _____

Hast du schon mal Drogen genommen? nie ja und zwar

pro Monat ____ Cannabis oder _____

Schulbesuch

Ich besuche die ____ Klasse einer Haupt- Real- Gesamt- Förderschule Gymnasium oder _____

Die Schule besuche ich regelmäßig bin oft verspätet schwänze ich häufig

Überspringen in Klasse ____ Wiederholung in Klasse _____

Schulwechsel in Klasse ____ spätere Einschulung, wegen _____

Schule nicht besucht von _____ bis _____, wegen _____

Fehlzeiten, wegen _____

Gibt es Probleme in der Schule? nein, es läuft ganz gut ja und zwar

Stärken in den Fächern _____

Schwächen in den Fächern _____

Hausaufgaben dauern meist _____ Minuten alleine mit Hilfe von _____

Typische Probleme sind _____

Hast du regelmäßige Pflichten? nein ja und zwar

Welche Interessen, Hobbys und Fähigkeiten hast du?

Smartphone _____ Stunden/Tag Fernsehen _____ Stunden/Tag

PC _____ Stunden/Tag Sonstiges _____ Stunden/Tag

Spielekonsole _____ Stunden/Tag Gibt es deswegen Streit zu Hause? nein ja

Hast du Freunde? nein ja, Geschlecht (m/w) & Alter _____

Ich bin oft verträumt oder abwesend oder höre nicht, wenn ich angesprochen werde, bzw. muss wiederholt angesprochen werden

Ich bin oft zerstreut, vergesse oder verliere Dinge, z.B. Schulmaterialien

Ich mache oft Flüchtigkeitsfehler, z.B. bei den Hausaufgaben

Ich habe oft Schwierigkeiten Arbeitsanweisungen zu folgen oder die Konzentration länger bei einer Aufgabe zu halten

Ich habe oft Schwierigkeiten pünktlich zu sein oder Ordnung zu halten, z.B. in meinem Zimmer

Ich kann oft nur schwer abwarten, bis ich an der Reihe bin oder unterbreche andere häufig oder handele, ohne zu überlegen

Ich bin sehr unruhig oder zappelig oder übermäßig aktiv

Ich stehe oft auf, obwohl erwartet wird, dass ich sitzen bleibe, z.B. beim Essen oder in der Schule

Ich habe Schwierigkeiten mich leise zu beschäftigen, bei mir geht es meistens lauter zu

Ich rede häufig viel oder halte andere vom Arbeiten ab, z.B. in der Schule

Ich tue mich oft schwer mich zu entspannen

In folgenden Bereichen im Alltag (z.B. Schule, Freundschaften, zu Hause) habe ich durch die genannten Symptome Schwierigkeiten:

Bitte lege diesem Fragebogen Kopien der Grundschulzeugnisse bei, wenn vorhanden.

Andere Beschwerden:

Kreuze bitte an, was in den letzten Wochen häufiger auf dich zutrifft

Schlaflosigkeit oder vermehrter Schlaf

unkontrollierbare Impulse

Müdigkeit oder Energieverlust

selbstverletzende Verhaltensweisen

Stimmungsschwankungen

Ängste

Wutanfälle

Schuldgefühle

Wertlosigkeitsgefühle

Gedanken an den Tod

Gedanken mir das Leben zu nehmen

Versuch mir das Leben zu nehmen

Um die Situation zu verändern habe ich folgendes probiert _____

Unterstützung erhalte ich (habe ich früher erhalten) durch

Schule (Lehrer, Psychologen) _____

Beratungsstelle _____

Haus- oder Kinderarzt _____

Psychotherapeutische Praxis _____

Kinder- & Jugendpsychiater _____

(Kinder-)Krankenhaus _____

Jugendamt _____

andere _____

Welche Auswirkungen haben/hatten diese Hilfen?

Vereinbarungen zur ADHS-Diagnostik am apb

Mit der folgenden Checkliste kannst du prüfen, ob alle Informationen beiliegen.

- Ich habe den Eingangsfragebogen ausgefüllt (soweit es mir möglich war).
- Das „Informationsblatt: AHDS-Diagnostik am apb“ habe ich gelesen und stimme den darin beschriebenen Rahmenbedingungen für eine Diagnostik zu.
- Die „Patienteninformation zum Datenschutz“ habe ich gelesen und akzeptiere die darin beschriebene Verarbeitung meiner Daten.
- Vorbefunde aus Kliniken und diagnostischen Untersuchungen liegen in Kopie bei (soweit verfügbar).
- Kopien der Grundschulzeugnisse liegen bei.

Dein Name (Bitte in DRUCKBUCHSTABEN) _____

Ort, Datum: _____ Unterschrift _____

Bitte sende den Fragebogen nun an:

Psychotherapeutische Ambulanz
Zentrum für Psychotherapie Bodensee (apb)
Bruder-Klaus-Str. 8
78467 Konstanz

Kurzfragebogen für Helfende

Helfen dir Lehrer, Schulsozialarbeiter, Ärzte, Logopäden, Ergotherapeuten, Physiotherapeuten oder andere Menschen? Wenn du diesen Bogen an sie weitergibst, freuen wir uns von Ihnen zu hören. Der ausgefüllte Bogen kann an uns gesandt werden oder du bringst ihn zum ersten Gespräch mit.

Wenn du möchtest, dass wir auf Fragen der Helfenden antworten, kannst du uns von der Schweigepflicht entbinden: Ich entbinde das Zentrum für Psychotherapie Bodensee (Ambulanz- & Institutsleitung, zuständige/r Therapeut/in) und

Einrichtung:	Adresse:
Name:	Telefon:

ausschließlich für den Austausch behandlungsbezogener Informationen über

dein Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____
von der gegenseitigen ärztlichen Schweigepflicht.

Ort, Datum

Deine Unterschrift

Sehr geehrte*r Helfende*r,
für die Diagnostik in unserer psychotherapeutischen Ambulanz bitten wir Sie um einen aktuellen Bericht oder die Beantwortung folgender Fragen:

Name und Beginn der Maßnahme / Therapie bei Ihnen:

Vorstellungsanlass:

Ziele und Verlauf Ihrer Maßnahme / Therapie:

Halten Sie eine ADHS-Abklärung für notwendig? Warum? Welche Auffälligkeiten konnten Sie seit wann in welchen Kontexten beobachten?

Voraussichtliche Dauer der Maßnahme / Therapie:

Haben Sie Fragen zu der psychotherapeutischen Behandlung (bei vorliegender Schweigepflichtsenbindung)?