

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir freuen uns, dass Sie unser Ausbildungszentrum als Ort für eine ADHS-Diagnostik Ihres Kindes in Erwägung ziehen. Sicher interessieren Sie die nächsten Schritte auf dem Weg zur Behandlung:

1. Wir möchten Ihnen eine wohlinformierte Einwilligung in die Behandlung ermöglichen. Dazu stellen wir Ihnen das **Informationsblatt: ADHS-Diagnostik am apb** (S.2) sowie die **Patienteninformation zum Datenschutz** (S.3) bereit. Bitte lesen Sie beide Dokumente, da sie wichtige Informationen enthalten.
2. Bitte füllen Sie den **Eingangsfragebogen für Eltern und Sorgeberechtigte für ADHS Diagnostik** (S.5) aus, damit wir Ihrem Kind ein passendes Angebot machen können. Gerne können Sie Ihr Kind in die Beantwortung einbeziehen. Mit der Checkliste (S. 9) überprüfen Sie, ob alle Informationen (z.B. Vorbefunde, Zeugnis) beiliegen. Abschließend senden Sie alles unterschrieben an die o.g. Adresse.
3. Um Ihrem Kind ein ganzheitliches Unterstützungsangebot bereiten zu können, bitten wir im „Kurzfragebogen für Helfende“ (S. 10) um Informationen von weiteren Behandlern Ihres Kindes.
4. Nach Prüfung des Fragebogens laden wir Sie zur Sprechstunde ein, um die Indikation abschließend zu klären. Bitte bringen Sie hierzu Ihre Versichertenkarte mit.
5. Anschließend kann die Diagnostik beginnen. Sie lernen Ihre:n Diagnostiker:innen kennen und schauen, wie Sie vertrauensvoll miteinander arbeiten können.

Auf den Eingang Ihres Eingangsfragebogens freuen wir uns und verbleiben

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Johanna Maier-Karius

PP | stellvertretende Institutsleitung

Dr. Lisa Finkel

PP | kommissarische Ambulanzleitung

Informationsblatt: ADHS-Diagnostik am apb

Anhand der folgenden Informationen können Sie prüfen, ob unser Angebot zu Ihnen passt.

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

- Ihr:e Diagnostiker:in befindet sich in fortgeschrittenem Universitätsstudium oder hat dieses bereits abgeschlossen und befindet sich in der Ausbildung zum Kinder- & Jugendlichenpsychotherapeuten oder zum Psychologischen Psychotherapeuten mit Zusatzqualifikation „Kinder und Jugendliche“.
- Ihre Diagnostiker:in bespricht (z.T. in kleinen Gruppen) die Behandlungsverläufe ihrer Patienten mit erfahrenen Kollegen (sog. Supervision), um die Behandlung zu optimieren. Für die Supervision können alle psychotherapeutischen Sitzungen auf Video oder Tonband aufgenommen werden. Alle Beteiligten unterliegen der Schweigepflicht.
- Wir führen eine gründliche Diagnostik durch – u.a. mit Fragebögen. Ihre Daten werden anonymisiert gespeichert und ggf. zu Forschungszwecken verwendet. Rückschlüsse auf Sie oder Ihr Kind 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 Ihrem Kind einen Platz anbieten können, melden wir uns bei Ihnen.

Was mache ich in akuten Notfällen?

- In Notfällen wenden Sie sich bitte an die nächstgelegene Psychiatrie, den Notfall- und Bereitschaftsdienst 116, 117 oder die Feuerwehr 112.

Kann ich Ihnen den Eingangsfragebogen auch per Email zukommen lassen?

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

Wie gehen Sie mit meinen Daten und Angaben um?

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

Kommen durch die Diagnostik Kosten auf mich zu?

- Bei Versicherten der gesetzlichen Krankenkassen werden die Kosten meist von der Krankenkasse getragen.
- Sind Sie privat krankenversichert, melden Sie sich bitte vorher telefonisch bei uns.
- Anfahrtskosten werden i.d.R. nicht von der Krankenkasse getragen. Dies gilt auch für die Sprechstunde.

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

- Wenn Sie den Termin nicht wahrnehmen können, bitten wir darum, den Termin telefonisch abzusagen -notfalls auch kurzfristig. Es kommen dadurch keine Kosten auf Sie zu.
- Wenn Sie den Termin verpasst haben ohne sich abzumelden, werden wir Sie nicht erneut kontaktieren. Das hat rein organisatorische Gründe. Gerne können Sie 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 (Kontakt Daten 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, Therapieempfehlungen 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 berechnete 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“

Eingangsfragebogen für Eltern und Sorgeberechtigte für ADHS Diagnostik – Kinder

Bitte füllen Sie den Fragebogen aus, damit wir dem Kind* ein passendes Angebot machen können.

Der Fragebogen wird ausgefüllt von Mutter Vater anderes _____

Vorname des Kinds _____ Nachname _____

Geburtsdatum _____ Geschlecht m w d Sprache/n _____

Straße _____ PLZ _____ Ort _____

Tel. privat _____ Tel. mobil _____

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

liegt bei jemandem anderes _____

Mit der Diagnostik sind einverstanden beide Sorgeberechtigten nur die Mutter nur der Vater

Versichert über Familienversicherung Mutter Vater

Name der Krankenkasse _____ gesetzlich privat

Nehmen Sie am Hausarztmodell/Hausarztvertrag teil? nein ja

Name des Kinderarztes _____ Anschrift _____

In folgenden Zeitfenstern (von ... bis ...) ist die **Diagnostik** (ca. 4-6 Termine á 50 Minuten) möglich

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

Wurde Ihrem Kind die ADHS-Abklärung von anderen Behandlern empfohlen? Warum melden Sie sich gerade jetzt für eine Abklärung an? _____

Wurde Ihnen unsere Ambulanz **empfohlen**? Wie sind Sie auf uns **aufmerksam** geworden?

Name der **Mutter** _____ Alter _____ Name des **Vaters** _____ Alter _____

Sprache/n _____ Konfession _____ Sprache/n _____ Konfession _____

Staatsbürgerschaft _____ Staatsbürgerschaft _____

Schulabschluss _____ Schulabschluss _____

Aktuelle Tätigkeit _____ Aktuelle Tätigkeit _____

verheiratet getrennt geschieden verheiratet getrennt geschieden

ledig in Beziehung verwitwet ledig in Beziehung verwitwet

Das Kind **wohnt mit** Mutter Vater ___ Geschwistern ___ Halbgeschwistern neue/r Partner/in

Verwandten _____ Heim wechselt zwischen den Eltern oder _____

Kontakt zur Mutter besteht jederzeit regelmäßig unregelmäßig nicht, seit _____

Kontakt zum Vater besteht jederzeit regelmäßig unregelmäßig nicht, seit _____

Wie ist das **Verhältnis zwischen Kind & Eltern** (ggf. weiteren Erwachsenen im Haushalt)?

Häufigster **Anlass zum Streit** ist _____

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 _____

Hat(te) Ihr Kind **körperliche Erkrankungen, Operationen oder Unfälle?**

- Sehschwäche _____ (Brille ja/nein) seit _____ Hörschäden _____ seit _____
 Sprachstörungen _____ seit _____ Schäden am Körper _____ seit _____
 Bewegungsstörungen _____ seit _____ Allergien _____ seit _____
 Krampfanfälle Schmerzen an Kopf Rücken Bauch **oder** _____
 geistige Schwächen _____ seit _____ Erkrankungen, Operationen, Unfälle _____

Aktuell eingenommene **Medikamente** (über einen längeren Zeitraum regelmäßig)

Mein Kind trinkt Alkohol. nein weiß ich nicht ja

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

Mein Kind konsumiert Drogen. nein weiß ich nicht ja

pro Woche _____ Cannabis oder _____

Folgende (medizinischen) Besonderheiten gab es:

in der Schwangerschaft _____

bei der Geburt _____

im ersten Monat _____

In den ersten Monaten _____

beim Kindergartenbesuch _____

Der Schulbesuch der _ . Klasse einer Haupt- Real- Gesamt- Förderschule Gymnasium oder _____

ist regelmäßig ist oft verspätet wird häufig geschwänzt

Fehlzeiten wegen _____

war/ ist unterbrochen von _____ bis _____ wegen _____

spätere Einschulung wegen _____ Schulwechsel in Klasse _____

Schulische Leistung normaler Verlauf Wiederholung in Klasse _____ Überspringen in Klasse _____

Typische **Probleme** _____

Stärken in den Fächern _____

Schwächen in den Fächern _____

Hausaufgaben werden alleine mit Hilfe z.B. _____ bewältigt benötigen meistens _____ Min.

Verhaltensprobleme in der Schule gab/gibt es nicht in der Schule sind bezogen auf _____

Erziehungsaufgaben übernahmen bisher vorwiegend Mutter Vater Großeltern

andere Personen _____

Hat das Kind regelmäßige **Pflichten**? nein ja und zwar

Das Kind wird **belohnt** mit _____

Das Kind wird **bestraft** mit _____

Welche **Interessen, Neigungen und Fähigkeiten** hat das Kind?

Hat das Kind **Freunde**? nein ja, Geschlecht (m/w) & Alter _____

Mein Kind ist sehr unaufmerksam oder leicht ablenkbar oder beendet angefangene Dinge nicht

Mein Kind ist oft verträumt oder abwesend oder hört nicht, wenn es angesprochen wird, bzw. muss wiederholt angesprochen werden

Mein Kind ist oft zerstreut, vergisst oder verliert Dinge, z.B. Schulmaterialien

Mein Kind macht oft Flüchtigkeitsfehler, z.B. bei den Hausaufgaben

Mein Kind hat oft Schwierigkeiten Arbeitsanweisungen zu folgen oder die Konzentration länger bei einer Aufgabe zu halten

Mein Kind hat oft Schwierigkeiten pünktlich zu sein oder Ordnung zu halten, z.B. in seinem/ihrem Zimmer

Mein Kind kann oft nur schwer abwarten, bis es an der Reihe ist oder unterbricht andere häufig oder handelt, ohne zu überlegen

Mein Kind ist sehr unruhig oder zappelig oder übermäßig aktiv

Mein Kind steht oft auf, obwohl erwartet wird, dass es sitzen bleibt, z.B. beim Essen oder in der Schule

Mein Kind hat oft Schwierigkeiten sich leise zu beschäftigen, bei ihm/ihr geht es meistens lauter zu

Mein Kind redet häufig viel oder hält andere vom Arbeiten ab, z.B. in der Schule

Mein Kind tut sich oft schwer sich zu entspannen

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

Bitte legen Sie diesem Fragebogen Kopien der letzten Zeugnisse, bzw. der Grundschulzeugnisse, bei.

Andere Beschwerden:

In den letzten Wochen trifft folgendes **häufiger** auf das Kind zu

Schlaflosigkeit oder vermehrter Schlaf

Müdigkeit oder Energieverlust

Selbstverletzende Verhaltensweisen

wiederkehrende Gedanken an den Tod

Versuch sich das Leben zu nehmen

Stimmungsschwankungen Ängste Wutanfälle Schuldgefühle Wertlosigkeitsgefühle

Um die Situation zu verändern habe ich/ haben wir folgendes probiert (z.B. im Erziehungsverhalten) _____

Unterstützung erhalte ich oder erhält mein Kind durch (auch frühere Angebote)

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

Im Folgenden können Sie prüfen, ob alle Informationen beiliegen.

- Ich habe den Eingangsfragebogen ausgefüllt (soweit es mir möglich war).
- Das „Informationsblatt: ADHS-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.

Optional

- Vorbefunde aus Kliniken oder diagnostischen Untersuchungen liegen in Kopie bei (soweit verfügbar).
- Eine Kopie des letzten Zeugnisses liegt bei.
- Im Falle **alleinigen Sorgerechts** bitten wir um das Beifügen entsprechender Nachweise.
- Im Falle **geteilten Sorgerechts** bitten wir beide Sorgeberechtigten mit der Unterschrift, der Psychotherapie des Kindes zuzustimmen.

Name des Kindes (Bitte in DRUCKBUCHSTABEN) _____

Ort, Datum _____ Unterschrift Sorgeberechtigte/r _____

Ort, Datum _____ Unterschrift Sorgeberechtigte/r _____

Bitte senden Sie den Fragebogen nun an

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

Kurzfragebogen für Helfende

Wir möchten Ihr Kind umfassend unterstützen. Sie können hierzu diesen Fragebogen an Menschen weitergeben, die Ihnen oder Ihrem Kind bei der Bewältigung der Situation oder der Probleme helfen, z.B. Logopäden, Ergotherapeuten, Physiotherapeuten, Lehrer, Ärzte oder Schulsozialarbeiter. Dieser Bogen kann anschließend direkt an uns versendet werden oder Sie bringen ihn zum Erstgespräch mit.

Optional: Entbindung der Schweigepflicht

Wenn Sie möchten, dass wir auf Fragen der Helfenden eingehen, können Sie uns von der Schweigepflicht entbinden. Ich entbinde das Zentrum für Psychotherapie Bodensee (Ambulanz- & Institutsleitung, zuständige/r Therapeut/in) und

Einrichtung: Name:	Adresse: Telefon:
-----------------------	----------------------

ausschließlich zum Zwecke des Austausches behandlungsbezogener Informationen über

Name, Vorname des Kindes: _____ Geburtsdatum: _____

von der gegenseitigen ärztlichen Schweigepflicht.

Ort, Datum

Unterschrift Patient*in / Sorgeberechtigte*r

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)?