



# Praxis Griesshaber für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, Psychologische Beratung und Diagnostik

Nico Griesshaber, Sina Krieger und Kolleg\*innen



Am Winzerkeller 1A - 77723 Gengenbach



Lotzbeckstr. 26/1 - 77933 Lahr



Am Elzdamm 42/1 - 79312 Emmendingen



Alte Bundesstraße 54 - 79194 Gundelfingen



0152/04191046



07803/7009315



praxis@psychotherapie-griesshaber.de



www.psychotherapie-griesshaber.de

## Anmeldebogen

Liebe Patient\*innen, liebe Eltern,

wir bitten Sie, uns den Anmeldebogen bei Interesse an einem Platz zur Diagnostik, Therapie oder Beratung **vollständig** ausgefüllt zukommen zu lassen.

Hierfür gibt es folgende Möglichkeit:

**Nutzen Sie das Kontaktformular** unter <https://www.psychotherapie-griesshaber.de/kontakt>

Sobald uns die Unterlagen vollständig vorliegen, können wir Sie bzw. Ihr Kind bei der Platzvergabe berücksichtigen.

**Name:** \_\_\_\_\_ **Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_

Geschlecht:  männlich  weiblich  divers

Gesetzlich Versicherte ab 15 Jahren: Dürfen die Sorgeberechtigten von der Therapie erfahren?

ja  nein

Adresse (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort): \_\_\_\_\_

Kontaktdaten (E-Mail, Handy) des\*der Patient\*in: \_\_\_\_\_

Geschwister (inkl. Altersangabe): \_\_\_\_\_

Kindergarten/Schule (mit Stufe)/Ausbildung/Studium: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Bitte nennen Sie uns die **Versicherungs- und Versichertennummer**, die Sie auf der Vorderseite

Ihrer Versichertenkarte finden: \_\_\_\_\_

Über wen sind Sie bzw. über wen ist Ihr Kind versichert? (z. B. Mitglied/ familienversichert)



Gewünschter Kostenträger:  Krankenkasse  Selbstzahlerbasis

Name und Adresse der Kinder-/Hausarztpraxis: \_\_\_\_\_

**Eltern:**

**Leben die Eltern zusammen?**     ja     nein

**Mutter:** \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_ Herkunftsland/Nationalität: \_\_\_\_\_

Telefonnr.: \_\_\_\_\_ Handynr.: \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

**Vater:** \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_ Herkunftsland/Nationalität: \_\_\_\_\_

Telefonnr.: \_\_\_\_\_ Handynr.: \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

Angaben zu Eltern/Bezugspersonen (z. B. Pflegeeltern), bei denen das Kind bzw. Sie derzeit lebt/leben (falls abweichend): \_\_\_\_\_

**Angaben zum Vorstellungsgrund:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Wann begann die Symptomatik? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Welche Behandlungsschritte wurden bisher unternommen? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Hat bereits eine Psychotherapie stattgefunden? Wenn ja, wann war das genau und wie viele Stunden sind davon noch übrig? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Bei vorangegangenen Behandlungen: Bitte laden Sie über das Kontaktformular alle Klinik-, Diagnostik- sowie alle relevanten Arzt- und Therapieberichte hoch, sobald Sie Ihnen vorliegen.

Welche Art der Unterstützung stellen Sie sich vor?

Diagnostik     Therapie     Beratung

Würde Gruppentherapie für Sie grundsätzlich auch infrage kommen?

ja, nur Gruppe     ja, bitte auch Einzeltherapie    nein

Gewünschter Standort (je flexibler Sie sind, desto kürzer ist die Wartezeit):

Gengenbach     Lahr     Emmendingen     Gundelfingen     egal     online

## **Angaben zu den Terminen in unserer Praxis**

Ihre Angaben beeinflussen die Möglichkeit einer Aufnahme in unsere Praxis. Größere Flexibilität bei Terminen kann dazu beitragen, schneller Termine zu erhalten. Aufgrund der vielen Anfragen möchten wir Sie bitten, sich nach unseren Kapazitäten zu richten.

Wenn Termine bei uns während der Schule, Uni oder Arbeitszeit stattfinden, stellen wir Ihnen gerne eine entsprechende Bescheinigung aus.

### **Erstgespräch** (bitte nur eine Option ankreuzen)

- Ich möchte ein Erstgespräch wahrnehmen, auch wenn noch kein Therapieplatz frei sein sollte.
- Ich möchte das Erstgespräch erst dann wahrnehmen, wenn anschließend direkt ein regelmäßiger Therapieplatz verfügbar ist.

### **Prioritäten und Wünsche für regelmäßige Therapietermine**

Sofern es unsere Kapazitäten zulassen, berücksichtigen wir Ihre Wünsche selbstverständlich gerne.

---

---

---

### **Bitte geben Sie hier an, wann ein regelmäßiger Termin prinzipiell nicht möglich ist:**

---

### **Bitte nur eine Option ankreuzen:**

- Ich möchte bei jeder Möglichkeit für Termine kontaktiert werden, auch wenn die angebotenen Zeiten nicht meinen Wünschen entsprechen.
- Ich möchte nur kontaktiert werden, wenn einer meiner oben genannten Wunschtermine frei wird. Mir ist bewusst, dass es dadurch sehr lange dauern kann, bis ich einen Termin erhalte. Es kann auch vorkommen, dass aufgrund des hohen Anfrageaufkommens auch künftig kein Termin zu meinen Wunschzeiten angeboten werden kann.

### **Alternative Versorgungswege und Standorte**

Bei begrenzten Terminkapazitäten besteht gelegentlich die Möglichkeit, über alternative Versorgungswege oder Standorte schneller einen Termin in der Praxis zu erhalten (bitte ankreuzen):

- Ich möchte über alternative Versorgungswege informiert werden, falls eine solche Möglichkeit besteht.
- Ich möchte informiert werden, sobald an einem der Praxisstandorte freie Kapazitäten bestehen - unabhängig von meiner bisherigen Standortwahl (dann bitte die bevorzugte Reihenfolge der Standorte angeben)

---

Die Praxis darf mich zur Terminvereinbarung oder bei Rückfragen per E-Mail kontaktieren

(bitte **Spam-Ordner** kontrollieren):

- ja
- nein, bitte nur telefonisch (bitte längere Wartezeit berücksichtigen)

**Dieser Abschnitt ist nur von Versicherten der AOK Baden-Württemberg auszufüllen:**

Versicherte der AOK BW haben den Vorteil, dass wir Ihnen schneller einen Therapieplatz anbieten dürfen, sofern sie am Haus- **und** Facharztprogramm teilnehmen (weitere Informationen zur Teilnahme können bei der AOK BW oder bei uns erfragt werden).

Liegt eine Einschreibung ins Hausarztprogramm vor?  ja  nein

Liegt eine Einschreibung ins Facharztprogramm vor?  ja  nein

Falls nur eine Einschreibung ins Hausarztprogramm vorliegt: Ist für einen schnelleren Therapiebeginn eine Einschreibung ins Facharztprogramm durch uns gewünscht?  ja  nein

**Achtung:** Ein Wechsel der Krankenversicherung kann dazu führen, dass ein geringeres Stundenkontingent zur Verfügung steht und eine begonnene Therapie deshalb nicht wie geplant fortgesetzt werden kann. Die Praxis sollte deshalb im eigenen Interesse vorab über einen eventuell geplanten Wechsel informiert werden, um die möglichen Konsequenzen gemeinsam zu besprechen.

Sollte ich fälschlicherweise eine Teilnahme am Hausarztprogramm/ Facharztprogramm der AOK BW angegeben haben, bin ich mir darüber bewusst, dass die Therapiekosten selbst zu tragen sind (bitte beachten Sie, dass die Einschreibung ins Hausarztprogramm nicht direkt wirksam wird, sondern einige Monate dauern kann).

**Dieser Abschnitt ist nur von Versicherten einer Betriebskrankenkasse auszufüllen:**

Bei bestimmten Betriebskrankenkassen können wir Ihnen schneller einen Therapieplatz anbieten, sofern wir Sie ins Facharztprogramm einschreiben dürfen. Eine aktuelle Liste der teilnehmenden BKKs finden Sie auch auf unserer Homepage unter Downloads.

Sofern Ihre BKK teilnimmt: Ist für einen schnelleren Therapiebeginn eine Einschreibung ins Facharztprogramm durch uns gewünscht?  ja  nein

**Achtung:** Ein Wechsel der Krankenversicherung kann dazu führen, dass ein geringeres Stundenkontingent zur Verfügung steht und eine begonnene Therapie deshalb nicht wie geplant fortgesetzt werden kann. Die Praxis sollte deshalb im eigenen Interesse vorab über einen eventuell geplanten Wechsel informiert werden, um die möglichen Konsequenzen gemeinsam zu besprechen.

**Während der Wartezeit:**

- Sollte ich keine Rückmeldung erhalten, bedeutet das, dass aktuell kein passender Termin verfügbar ist, der meinen Angaben entspricht. Die Praxis meldet sich, sobald ein für mich geeigneter Termin frei wird. Die Wartezeiten können je nach Standort unterschiedlich sein – vereinzelt kann es recht schnell gehen, während an anderen Standorten mit deutlich längeren Wartezeiten zu rechnen ist.
- Ich sollte der Praxis eine **aktualisierte Version des Anmeldebogens** übermitteln, wenn sich meine Zeiten, die für mich möglichen Standorte oder meine Krankenkasse verändern. Das ist wichtig, da ein Wechsel der Krankenkasse unmittelbare Konsequenzen auf den möglichen Beginn in unserer Praxis sowie den Umfang der Behandlung haben kann. Über das **Kontaktformular** kann ich auch jederzeit weiterhin bestehendes Interesse an einem Therapieplatz bekunden, was etwa **alle 3 Monate** empfohlen wird.
- Ich informiere die Praxis über das Kontaktformular, wenn ich anderweitig einen Therapieplatz gefunden habe.

**Wenn es dann losgeht:**

- Wenn ich einen Termin nicht wahrnehmen kann, muss ich diesen **48 Stunden vorher** absagen. Die Absage kann ich ganz unkompliziert über das Kontaktformular auf der Homepage unter <https://www.psychotherapie-griesshaber.de/kontakt> weitergeben. Ich bin darüber informiert, dass unentschuldigt nicht wahrgenommene oder nicht rechtzeitig abgesagte Termine privat in Höhe von 80,00 € in Rechnung gestellt werden.
- Während einer laufenden Behandlung muss die Versicherungskarte **einmal zu Beginn des jeweiligen Quartals** verpflichtend der Praxis vorgelegt werden (Quartal 1: Jan-März, Quartal 2: April-Juni, Quartal 3: Juli-September, Quartal 4: Oktober-Dezember). Sollte der Versicherungsstatus während eines Quartals enden, in dem die Karte bereits eingelesen wurde, muss ich die Praxis zwingend informieren. Die nicht mehr von der Versicherung abgedeckten Therapiekosten sind selbst zu zahlen.

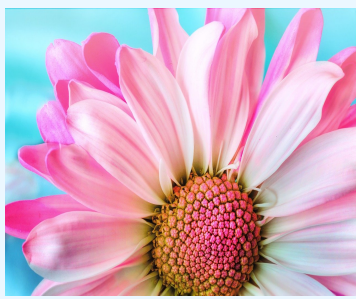
**Allgemein gilt:** Jede Form der Kontaktaufnahme sollte außerhalb der telefonischen Sprechzeiten über das **Kontaktformular** stattfinden. Wir melden uns dann bei Ihnen.

**Ich versichere, dass ich alle Informationen zur Kenntnis genommen habe und meine Angaben korrekt und vollständig sind.**

Vielen Dank für Ihre Mithilfe und Ihr Verständnis.

Datum: \_\_\_\_\_

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



## Praxis Grißhaber für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, Psychologische Beratung und Diagnostik

Nico Grißhaber, Sina Krieger und Kolleg\*innen



Am Winzerkeller 1A - 77723 Gengenbach



Lotzbeckstr. 26/1 - 77933 Lahr



Am Elzdamm 42/1 - 79312 Emmendingen



Alte Bundesstraße 54 - 79194 Gundelfingen



0152/04191046



07803/7009315



praxis@psychotherapie-griesshaber.de



www.psychotherapie-griesshaber.de

### Erklärung zur elektronischen Patientenakte (ePA)

\_\_\_\_\_  
(Patient\*in: Vorname, Name, Geburtsdatum)

**Kompletter Widerspruch** (siehe **Widerspruchsformular** unter <https://www.psychotherapie-griesshaber.de/downloads>)

Ich habe bei meiner Krankenkasse Widerspruch gegen die Anlage einer ePA eingelegt und/oder um Löschung einer eventuell bereits angelegten ePA gebeten.

Damit können meine Daten nicht befugt oder unbefugt von Dritten zum meinem Nachteil genutzt werden. Haftungsfragen ergeben sich nicht. Die ärztliche Schweigepflicht bleibt gewährleistet.

Das entsprechende Widerspruchsformular finde ich unter <https://www.psychotherapie-griesshaber.de/downloads>.

**Widerspruch gegen Befüllung durch die Praxis Grißhaber**

Hiermit widerspreche ich jeglicher Übertragung von medizinischen Daten in meine ePA und entbinde die mich behandelnde Praxis von den Verpflichtungen zur Unterstützung und Befüllung ePA nach den §§ 346 und 347 SGBV. Damit verhindere ich, dass meine Daten von der Praxis auf zentrale Server hochgeladen werden. Dieser Widerspruch gilt bis auf Widerruf.

Mir ist bewusst, dass

- die Krankenkasse trotz dieses Widerspruchs alle Abrechnungsdaten (auch dieser Praxis) und  
- andere mich behandelnde Leistungserbringende medizinische Daten auf den für meine ePA genutzten zentralen Server übertragen, wenn ich nicht widerspreche oder in der ePA-App entsprechende Einstellungen vornehme.

Diese Daten sind dann für alle ePA-Zugriffsberechtigten (z. B. Arztpraxen, Zahnarztpraxen, Apotheken, Krankenhäuser) auch ohne meine Einwilligung lesbar und nutzbar. Dies kommt einer einseitigen Aufkündigung der ärztlichen Schweigepflicht durch mich gleich.

Auf die Möglichkeit eines generellen Widerspruchs gegen das Anlegen einer ePA wurde ich durch die Praxis hingewiesen. Ich habe mich bewusst dagegen entschieden.

**Befüllung der ePA durch die Praxis Grißhaber**

Ich möchte, dass meine ePA von der Praxis Grißhaber befüllt wird.

**Widerspruch gegen automatische Befüllung der ePA durch die Krankenkasse**

Ich habe bei meiner Krankenkasse Widerspruch eingelegt gegen die automatische Übertragung von Behandlungsinformationen in meine ePA, was v.a. bei sensiblen Daten relevant sein kann.

**Entbindung der Praxis vom Lesen der ePA**

Ich entbinde hiermit die mich behandelnde Praxis von der Pflicht, selbständig in meiner Akte nach für die Behandlung relevanten Befunden zu suchen. Die für die Behandlung relevanten Befunde werde ich der Praxis anderweitig zur Kenntnis zu geben (z. B. in Papierform).

\_\_\_\_\_  
(Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift Patient\*in bzw. gesetzl. Vertreter\*in)



# Praxis Griesshaber für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, Psychologische Beratung und Diagnostik

Nico Griesshaber, Sina Krieger und Kolleg\*innen



Am Winzerkeller 1A - 77723 Gengenbach



Lotzbeckstr. 26/1 - 77933 Lahr



Am Elzdamm 42/1 - 79312 Emmendingen



Alte Bundesstraße 54 - 79194 Gundelfingen



0152/04191046



07803/7009315



praxis@psychotherapie-griesshaber.de



www.psychotherapie-griesshaber.de

## Behandlungseinverständniserklärung der Erziehungsberechtigten

(bei Gesetzlich Versicherten nur unter 15 Jahren erforderlich, sonst immer notwendig)

Ich bin/Wir sind als Sorgeberechtigte/r damit einverstanden, dass mein/ unser Kind

\_\_\_\_\_ zur Diagnostik, Beratung und gegebenenfalls  
therapeutischen Behandlung in der Praxis Griesshaber vorgestellt wird.

- Ich habe das **alleinige** Sorgerecht für meine Tochter/ meinen Sohn.
- Wir haben das **gemeinsame** Sorgerecht für unsere Tochter/ unseren Sohn.

Unterschrift **aller** Erziehungsberechtigten:

\_\_\_\_\_  
Datum

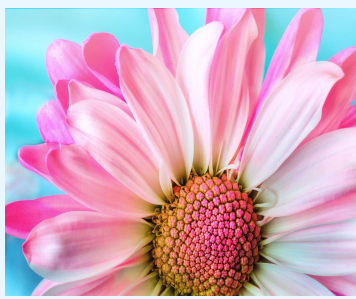
\_\_\_\_\_  
Mutter

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Vater

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Sonstige



# Praxis Griesshaber für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, Psychologische Beratung und Diagnostik

Nico Griesshaber, Sina Krieger und Kolleg\*innen



Am Winzerkeller 1A - 77723 Gengenbach



Lotzbeckstr. 26/1 - 77933 Lahr



Am Elzdamm 42/1 - 79312 Emmendingen



Alte Bundesstraße 54 - 79194 Gundelfingen



0152/04191046



07803/7009315



praxis@psychotherapie-griesshaber.de



www.psychotherapie-griesshaber.de

## Umfrage zur therapeutischen Versorgung in Ihrer Region

Leider konnten wir in der Vergangenheit beobachten, dass es zum Teil vorkommt, dass Patient\*innen aufgrund bestimmter Themen oder Wohnorte länger auf einen Platz warten müssen als andere. So melden sie sich manchmal bei uns, nachdem sie schon mehrere Monate oder Jahre auf der Suche waren oder bereits viele Erstgespräche in Anspruch genommen haben, ohne einen Platz zu finden. .

Wir sind stets bemüht, Ihnen schnellstmöglich unsere Unterstützung anzubieten und möchten nicht, dass es für Sie zu einer noch längeren Wartezeit kommt. Aus diesem Grund können Sie uns mit der Beantwortung der folgenden Fragen sehr helfen. Wir versuchen dann unser Bestes, Ihnen alle Möglichkeiten zu nennen, um Ihnen schnellstmöglich zu helfen.

Wie lange sind Sie schon auf der Suche nach einem Therapieplatz? \_\_\_\_\_

In welcher Region haben Sie gesucht? \_\_\_\_\_

Welche Praxen haben Sie bereits kontaktiert? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Wie hoch ist die Wartezeit, die Ihnen genannt wurde? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Haben Sie bereits Erstgespräche wahrgenommen? \_\_\_\_\_

Wurden Sie nicht angenommen, weil die Praxis angegeben hat, Sie mit Ihrem Thema nicht unterstützen zu können, oder weil generell kein Platz verfügbar ist?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Wie hoch ist die Therapiemotivation? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Warum sind Sie der Meinung, dass Sie dringend einen Platz bekommen sollten?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Dürfen wir diese Umfrage einem Entscheidungsträger (z. B. Ihrer Krankenkasse) vorlegen, um Sie dabei zu unterstützen, schneller einen Diagnostik-/Therapieplatz zu bekommen? Wichtig: Ihre persönlichen Angaben aus dem Anmeldebogen werden nicht vorgelegt, sondern nur die Informationen, die Sie hier angeben.

ja     nein

Telefonnummer für Rückfragen: \_\_\_\_\_

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