

ICH HEIßE SIE HERZLICH BEI INTERPASSUS WILLKOMMEN

Anmeldebogen bei Interpassus

BITTE IN DRUCKBUCHSTABEN AUSFÜLLEN

Name: _____ Vorname: _____ Anrede: _____ Datum: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Ihre E-Mailadresse: _____

Telefon privat: _____

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? Z.B. Arzt, Träger, Psychologe, usw.): _____

Empfehlung durch: _____

Ggf. begleitende Person (Name): _____

(Voraussichtlich) Überweisender Arzt: _____

Privat versichert: ja nein **Krankenkasse:** _____

Zuzahlungen: nicht befreit befreit (bitte legen Sie uns in diesem Fall die Befreiungsbescheinigung am Empfang vor)

Wünschen sie Infos zur Zuzahlungsbefreiung ja nein

Liegt für die automatische Terminerinnerung eine Mailadresse von Ihnen schon vor?

- Ja**, dennoch möchte ich über meine Termine informiert werden und gebe sie hier nochmal an
- nein**, ich möchte dies nicht. Mir ist bewusst, dass ich dann nicht erinnert werden kan
- weiß nicht**, aber ich möchte gerne erinnert werden, meine **E-Mail lautet** _____

In unserer Praxis bleiben Ihnen Wartezeiten erspart!

Sie erhalten von Beginn an feste und gemeinsam vereinbarte Termine. Dabei wird insbesondere auf gleichbleibende Zeiten/ Termine geachtet, um Ihre Terminplanung zu erleichtern.

Kurzfristige Therapieausfälle und die damit entstehenden Lücken, lassen sich deshalb nicht durch andere Patienten ausgleichen.

Ich bitte daher um Ihr Verständnis, dass versäumte Termine, die nicht mindestens 24 Stunden zuvor abgesagt wurden, Ihnen in Rechnung gestellt werden müssen.

Sollten Sie also durch Krankheit oder wichtige Gründe an der Wahrnehmung der Therapie gehindert werden, sagen Sie mir rechtzeitig Bescheid.

Kontinuierliche Behandlung ist ein Meilenstein Ihres Erfolges!

Um Ihnen den größtmöglichen Therapieerfolg zu gewährleisten, ist dazu eine regelmäßige und kontinuierliche Behandlung unbedingt notwendig! Bei einmaliger Behandlung pro Woche verschiebt sich bei einem einzigen Ausfall bereits das Intervall auf zwei Wochen. Durch wiederholte Therapielücken wird der Behandlungserfolg gefährdet.

Zu guter Letzt: Bitten lassen Sie mich sämtliche Anregungen und Kritik aller Art wissen! Kommen Sie doch einfach ohne große zeitliche Verzögerung bei Unstimmigkeiten auf mich zu. Wir werden gemeinsam eine Lösung finden!

Wir freuen uns auf unsere gemeinsame Zusammenarbeit!

Schweigepflichtentbindung:

Für den bestmöglichen Therapieerfolg ist eine enge interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Arzt und den behandelnden Therapeuten notwendig. Ich bin daher einverstanden, dass personenbezogene Angaben, ausschließlich zu diesem Zwecke, an die obig benannten Gruppen weitergegeben werden. Die Vergütung & Abrechnung der Verordnung erfolgt über ein akkreditiertes Abrechnungszentrum. Die dazu notwendigen Daten werden ausschließlich zu Abrechnungszwecken verwendet und nicht an unbefugte Dritte weitergereicht.

Datum: _____ Unterschrift: _____

Klient*inneninformation zum Datenschutz

Stand Juni 2021

1. Zweck der Datenverarbeitung

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen Anamnesen, Diagnosen, Therapievorschläge und Befunde, die wir oder andere Ärzte 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).

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

2. Empfänger ihrer Daten

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

Empfänger ihrer personenbezogenen Daten können vor allem andere Ärzte/Psychotherapeuten, Kassenarztlliche Vereinigungen, Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, Ärztekammern und privatarztlliche 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 berechnigte Empfänger.

3. 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 bei Rontgenaufzeichnungen laut Paragraf 28 Absatz 3 der Röntgenverordnung.

4. Ihre Rechte

Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten. Auch können Sie die Berechnigung 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 Aufsichtsbehore für den Datenschutz zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht regelmäßig erfolgt.

5. Rechtliche Grundlagen

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit Paragraf 22 Absatz 1 Nr. II lit. b) Bundesdatenschutzgesetz. Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich gern an uns wenden.

Der sicherere Umgang mit Ihren Daten ist uns wichtig, daher eine Info/Bitte:

Bitte laden Sie sich Signal auf Ihr Handy (falls sie Sprachnachrichten schreiben möchten oder Nachrichten, wir verzichten auf die Kommunikation mit WhatsApp/SMS aus Datenschutzgründen).

Falls Sie dies nicht wünschen, halten wir sie an, uns über empfang@interpassus.de Ihr Anliegen zu schreiben, in der Orgazeit vor der Gruppe dies mit dem/der zuständigen Ergotherapeut*in zu besprechen oder uns anzurufen. Danke

Zur Kenntnis genommen

Vorname, Nachname (in Druckbuchstaben)

Datum: _____

Unterschrift: _____

WILLKOMMEN BEI INTERPASSUS

1. BITTE KREUZEN SIE AUF DER RÜCKSEITE ALLE ANGEBOTE AN; DIE SIE INERESSIEREN KÖNNTEN BEI INTERPASSUS

(Die farbliche Markierung zeigt Ihnen an, bei welcher Ergotherapeut*in die Angebote stattfinden)



UND

2. BITTE GEBEN SIE EINIGE ZIELE FÜR DIE ERGOTHERAPIE AN:

Ihre Ziele:

Wünsche an die Ergotherapie/ Schwerpunkte.

Z.B. Tagesstruktur verbessern, Interaktion mit Menschen fördern, Selbstvertrauen stärken, Vorbereitung auf ein Berufsleben, usw.:

Vielen Dank fürs Ausfüllen!

Welche Bereiche bei Interpassus interessieren sie am meisten

Elementare/spezifische Fähigkeiten	DM Darstellende Medien/ BO (Berufliche Orienti	Bereich des Selbstbildes	Handwerk/ Kreativ/digitale Medien
<p>Kurz zur Struktur bei IP:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 1. Termine im Rahmen der HMV= Einzeltherapie mit Funktionsanalyse: Aufnahme+ 1.Zielformulierung ○ danach 2-3 Termine zur weiteren Behandlungsplanung bei IP ○ infolge Teilnahme auf der Handlungsenden in den Modulen in Einzeltherapie, Parallelbehandlung und Gruppe ○ nach 10 EH erneute Zielüberprüfung, Bericht an Arzt/ KKK und Planung der Fortsetzung der Ergotherapie (siehe M1-3) <p>■ M1: Aufnahmegespräch+ Funktionsanalyse</p> <p>■ M2: 1. Zielformulierung und Vorbereitung der BHP (=Behandlungsplanung)</p> <hr/> <p>M2-3: Behandlungsplanung</p> <p>■ 2.-3.Termin: Behandlungsplanung (BHP) bei IP (welche Angebote und welche Ergotherapeut*in + Befunderhebung + Zielüberprüfung (nach 10 EH)</p> <p>■ Erstellung einer Zieltreppe und -überprüfung im Einzel/ Parallelbehandlung</p> <p>■ ICF-Modellblatt</p> <p>■ Anbahnung an Gruppe/ Kontinuitätstraining/ Voraussetzungen setzen für stabile Teilnahme/ TdA/ UKK</p> <p>■ Tages- und Wochenstrukturierung</p> <p>■ GTD (Getting things done, externes Büro/ externe Festplatte: Raum zum angeleiteten Abarbeiten von wichtigen Aufgaben zur Selbstorganisation, z.B. Amtspapiere, Anträge, öffnen und sortieren von Papieren, Firsteinhaltung usw..)</p> <p>■ Lernen Lernen Analyse des Lerntyps/ Strategien Lernen strukturieren, Pausen setzen, Motivation/Prokrastination, Zeit-Management, Konzentration und Aufmerksamkeit</p> <p>■ Orientierung in Zeit und Raum = Projektarbeit (Transfer in den öffentlichen Raum)</p> <p>■ praktisches Ernährungsatelier ADL</p> <p>■ Konzentrationstraining</p>	<p>M4: Darstellende Medien</p> <p>■ Improvisation</p> <p>■ Realitäts-/ Rollenspiel</p> <p>■ Kommunikations-Training:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Smalltalk ○ Körpersprache +Techniken ○ Freies Sprechen ○ Singen/ Stimmübungen <p>■ Musik</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Keyboard ○ Gitarre ○ Gesang ○ Gemischt ○ Jam-Session <p>■ Kreatives Schreiben</p> <hr/> <p>M6: BO Berufliche Orientierung</p> <p>■ BOA (BO-Achtsamkeit) (Ermittlung von stabilisierenden inneren Faktoren, Welche inneren Strukturen und Verhaltensweisen sind wichtig um langfristig im Arbeitsleben zu bestehen, z.B. spez. Abgrenzung, einhalten von Pausen, äußern von Bedürfnissen, Work-life-Balance)</p> <p>■ BOR (BO- Rahmenbedingungen) (Ermittlung der äußeren Rahmenbedingungen auf der Grundlage der Ressourcen ,Fähigkeiten und Fertigkeiten, Erfahrungen und wichtigen motivierenden und stabilisierenden Rahmenbedingungen wie Arbeitszeiten, Geld, Fahrweg, Arbeitsorganisation, usw..)</p> <p>■ ZERA steht für Zusammenhang zwischen Erkrankung, Rehabilitation und Arbeit und ist ein Gruppentrainingsprogramm, welches zur Unterstützung der beruflichen Rehabilitation von Menschen mit psychischer Erkrankung entwickelt wurde.</p> <p>■ Jobcoaching/ BO Recherche im Rahmen der Ergotherapie</p> <p>■ Bewerbungstraining</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Bewerbung schreiben ○ Bewerbungsgespräch üben im Rollenspiel ○ Recherche <p>■ Angstbewältigung im Berufsleben</p> <p>■ Vortrags- u. Präsentationstraining</p>	<p>Bereich des Selbstbildes</p> <p>■ Quo Vadis</p> <p>■ Resilienz</p> <p>■ Atemtechnik und Meditation, Nervus Vagus</p> <p>■ Entspannung und Achtsamkeit</p> <p>■ Ressourcenmobilisierung</p> <hr/> <p>■ ACT (MKT) Akzeptanz und Commitmenttherapie</p> <p>■ MKT Zwang</p> <p>■ MKT Achtsamkeit</p> <p>■ MKT/Raus aus dem Grübeln/ Depression/ Emotionsregulation</p> <p>■ MKT Angst, Panik</p> <p>■ Umgang mit AD(H)S im Erwachsenenalter</p> <p>■ Selbstliebe</p> <p>■ MKT Emotionsregulation + Emotionen in Aktion</p> <hr/> <p>■ Bewegung und Entspannung: aktiv (PMR, Neutrale Position, Qigong, Yoga, Rücken)</p> <p>■ Free Motion / Früh Motion (Bewegung/Tanz in Bildern und Geschichten – Emotionen)</p> <p>■ Work-Life-Balance</p> <p>■ Tanztherapie</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ übungszentriert ○ themenzentriert <p>■ Entspannung Mix (Traumreise, Atemübung, sensorische Wahrnehmung, Bewegung, usw.)</p> <p>M4: Psychomotorik in der Praxis:</p> <p>■ Sinneslaboratorium Lokalisation/ Wahrnehmung (Achtsamkeit in Anwendung)</p> <p>■ Körperbild (Körperschema, Selbstbild)</p> <p>■ Enge Interaktionen mit sich in Berührung kommen (Selbst und Außen)</p> <p>■ B.E.K (Bewegung, Ernährung, Körpergefühl)</p>	<p>M4: Handwerk</p> <p>■ Holzwerkstatt</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Holzhandarbeiten ○ Handwerk ○ Farbe <p>■ Drucktechniken (Siebdruck)</p> <p>M4: Kreativ/ HW/ OA</p> <p>■ Kreativwerkstatt</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Papier ○ Ton ○ Stein ○ Korb <p>■ Kreativ Anbahnung an Gruppe E/ PB</p> <p>■ Offenes Atelier/ freie Malerei konzentriertes/ ruhiges Arbeiten</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ eigene Projekte ○ mit Themen durch ET/GR ○ freies kreatives Arbeiten <p>■ Innenwelten/ Außenwelten kreativ</p> <p>■ Interaktionale Kreativwerkstatt (Beziehungsmanagement)</p> <hr/> <p>M4: Digitale Medien</p> <p>■ Audio-Projekt/ AT Herstellen eines eigenen, Audio-Tracks/ eigener Musik/Podcast , Arbeits- und Handlungsschritte kennen lernen und eigene Rollen in Arbeitsvorhaben</p> <p>M4: Visuelle Medien</p> <p>■ Bildbearbeitung, Grafik und Typographie</p> <p>■ Webseite und Flyer Motivationszuwendung</p> <p>■ Fotografie</p> <p>■ Lebe dein Leben gut Reflexionsprozess zur Gesundheitsförderung *Über ein selbstgemachtes Foto, was ihnen wichtig ist, werden mit Hilfe von Hilfsfragen 4 Dimensionen besprochen: Aktivitätsmuster, Auswirkungen auf Gesundheit und Wohlbefinden, Persönliche und gesellschaftliche Kräfte</p> <hr/> <p>■ UKK/ Kulanz: Beschreibung siehe Klient*inneninfo, Kurz- und Kulanztermin für nicht oder nicht rechtzeitig abgesagte Termine. Bitte geben sie hier an, ob sie das Angebot nutzen möchten , oder nicht</p> <p>Ja ___ nein ___</p>

■ M1+2: Jenny und Annika Aufnahme/ Funktionsanalyse

■ M2+3: Clarissa Behandlungsplanung und Struktureller Bereich

■ M6: Jan Berufliche Orientierung/Visuelle Medien und Audioprojekt

■ M4: Marthe Psychomotorik ET ■ M4: Birgit MKT

■ M4: Johanna Handlung und MKT ■ M4: Sylvia Handlung und MKT

■ M4: Alex Darstellende Künste ■ M4: Robin Handwerk/ AP/

■ M4: Caro OA und MKT