

**1. BITTE KREUZEN SIE AUF DER RÜCKSEITE ALLE ANGEBOTE AN, DIE FÜR SIE BEI INTERPASSUS ANHAND IHRER ZIELE INTERESSANT SEIN KÖNNTEN**

**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.:

---

---

---

---

**Kurz zum Behandlungshintergrund und Grundlagen der Verordnungsmenge:**

- ✳️ Aufgrund der im Rahmenvertrag vorgesehenen Verordnungsmenge (meist 40 Einheiten) und unserer internen Behandlungsplanung und -struktur, nehmen Sie voraussichtlich an
  - 3 Modulen á 10 Einheiten (=30 EH) auf der Handlungs- und Durchführungsebene teil.
  - Zusätzlich sind in der Regel 10 Einzeltherapien geplant (1. Termin Aufnahmegespräch+ Zielformulierung, 2.-3. Behandlungsplanung, Differenzierung der Ziele und erstellen des FP (Fahrplanes/Behandlungsplanes). Ebenso zur Evaluation der Therapieergebnisse (ggf. Bericht schreiben) und ggf. eines Abschlussgespräches.
  - Ausnahme: Sie wünschen ausschließlich an Einzeltherapie teilzunehmen, dies ist selbstverständlich möglich.
  - Bei einer durchschnittlichen Teilnahme 2x wöchentlich, IST somit eine Behandlungsdauer von max. 5 Monaten vorgesehen. Nach einer von der Krankenkassen geforderten Unterbrechungszeit, IST die Weiterführung der ergotherapeutischen Behandlung jederzeit möglich, falls dies für Sie zielführend und gewünscht ist.

**3. IHRE PRIORISIERUNG DER ANGEBOTE** (von der Rückseite):

Bitte suchen Sie sich 3 Angebote aus, benennen Sie dabei, das -für Sie und die Erreichung Ihrer Ziele- Relevanteste zuerst: (z.B. 1. Berufliche Orientierung, 2. Achtsamkeit, 3. Kreativbereich)

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

**Vielen Dank fürs Ausfüllen!**

## ANGEBOTSÜBERSICHT DER MODULE BEI INTERPASSUS

<p>Immer:</p> <p><b>M1:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Aufnahmegespräch+ Funktionsanalyse</li> </ul> <hr/> <p><b>M2:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 2. Termin= Behandlungsplanung (Fahrplan bei IP für 40 EH)</li> </ul> <hr/> <p><b>M3: Strukturgebung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Anbahnung an Gruppe</li> <li><input type="checkbox"/> Kontinuitätstraining / Struktur</li> </ul> <hr/> <p><b>Digitale Medien</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Audio-Projekt</li> <li><input type="checkbox"/> Bildbearbeitung: Grafik/Typographie</li> <li><input type="checkbox"/> Fotografie</li> </ul> <hr/> <p><b>Kreativ/ HW/ OA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Kreativwerkstatt</li> <li><input type="checkbox"/> offenes Atelier/ freie Malerei</li> <li><input type="checkbox"/> Holzwerkstatt</li> <li><input type="checkbox"/> Siebdruck</li> </ul> <hr/> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Zeitmanagement</li> </ul>	<p><b>M6:</b></p> <p><b>Berufliche Orientierung = BO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> BOA (Achtsamkeit)</li> <li><input type="checkbox"/> BOR (Rahmen-bedingungen)</li> <li><input type="checkbox"/> Jobcoaching/Recherche, Bewerbungstraining</li> <li><input type="checkbox"/> Orientierungs- und Bewerbungswerkstatt</li> <li><input type="checkbox"/> Angstbewältigung im Arbeitskontext</li> <li><input type="checkbox"/> Ressourcenmobilisierung</li> </ul> <hr/> <p><b>M4: MKA:</b></p> <p><b>Metakognitives Angebot</b> = Skillstraining/ Erlernen von Bewältigungsstrategien für den Alltag</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> MKA- Umgang mit AD(H)S im Erwachsenenalter</li> <li><input type="checkbox"/> MKA Achtsamkeit</li> <li><input type="checkbox"/> MKA Umgang mit Gefühlen/ Selbstliebe</li> <li><input type="checkbox"/> MKA- Raus aus dem Grübeln</li> <li><input type="checkbox"/> MKA - Angst und Panik</li> <li><input type="checkbox"/> MKA- Emotionsregulation (mit sich in Kontakt kommen)</li> <li><input type="checkbox"/> MKA Inneres Kind</li> <li><input type="checkbox"/> MKA ACT Akzeptanz/Commitment</li> </ul>	<p><b>M4:</b></p> <p><b>Bereich des Selbstbildes</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Entspannung</li> <li><input type="checkbox"/> Bewegung und Entspannung</li> <li><input type="checkbox"/> Bewegung &amp; Achtsamkeit</li> <li><input type="checkbox"/> Tanztherapie</li> <li><input type="checkbox"/> Inneres Team in Aktion</li> <li><input type="checkbox"/> Selbstliebe</li> <li><input type="checkbox"/> Selbstfürsorge</li> <li><input type="checkbox"/> Kraftübungsgruppe</li> <li><input type="checkbox"/> Lachyoga</li> <li><input type="checkbox"/> Free Motion</li> </ul> <hr/> <p><b>M4: Interaktionelle Medien</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Musik</li> <li><input type="checkbox"/> Therapeutisches Schreiben</li> <li><input type="checkbox"/> K.I.R: Kommunikation, Improvisation, Rollenspiel</li> <li><input type="checkbox"/> Rollenspielgruppe/ Selbstfürsorge</li> <li><input type="checkbox"/> Interaktionelle Kreativwerkstatt</li> </ul> <hr/>
---	---	---

**WIR HEIßEN SIE HERZLICH BEI INTERPASSUS WILLKOMMEN**

**Anmeldebogen bei Interpassus**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ d/u/w/m: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Ihre E-Mailadresse: \_\_\_\_\_

Telefon privat: \_\_\_\_\_

**Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?** (z.B. Ärzt:innen, Träger, Psychotherapeut:innen, usw.): **Empfehlung durch:**

Ggf. begleitende Person (Name): \_\_\_\_\_

**(Voraussichtlich) Überweisende/r Ärztin/Arzt:** \_\_\_\_\_

Privat versichert:  ja  nein **Krankenkasse:** \_\_\_\_\_

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

Wünschen sie Informationen 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 kann
- 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 Klient:innen ausgleichen.

Wir bitten 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 uns 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 also gefährdet.

**Zu guter Letzt:** Bitten lassen Sie uns sämtliche Anregungen und Kritik aller Art wissen!

Kommen Sie doch einfach ohne große zeitliche Verzögerung bei Unstimmigkeiten auf uns 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 Ärzt:innen und den behandelnden Therapeut:innen 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 Interpassus

### 1. Zweck der Datenverarbeitung

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen Anamnesen, Diagnosen, Therapieempfehlungen und Befunde, die wir oder andere Ärzt:innen erheben. Zu diesen Zwecken können uns auch andere Ärzt:innen oder Psychotherapeut:innen, 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 Ärzt:innen/Psychotherapeut:innen, Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, Ärztekammer 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.

### 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 (z.B. 30 Jahre bei Röntgenaufzeichnungen 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 Berechtigung 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 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 (Messenger App) auf Ihr Handy, falls sie Sprachnachrichten hinterlassen oder Nachrichten schreiben möchten, wir verzichten auf die Kommunikation mit Whatsapp/SMS aus Datenschutzgründen.

Falls Sie dies nicht wünschen, halten wir sie an, uns über [empfang@interpassus.de](mailto:empfang@interpassus.de) Ihr Anliegen zu schreiben, in der Orgzeit 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: \_\_\_\_\_

**Vielen Dank fürs Ausfüllen!**

## Datenschutzinformationen zu Doctolib

Für die optimale Terminverwaltung setzen wir das Terminmanagementsystem von Doctolib ein. Doctolib bietet uns einerseits ein modernes Kalendersystem und andererseits unseren Patienten die Möglichkeit, auf der Seite <https://www.doctolib.de/> mit uns Termine online zu vereinbaren. Die Doctolib GmbH (Mehringdamm 51, 10961 Berlin) wird für uns als Auftragsverarbeiter tätig.

Wir nutzen die Doctolib Kalendersoftware für alle unsere Patienten, um Termine einheitlich zu verwalten. Doctolib verarbeitet sämtliche Daten nach allen geltenden Datenschutzvorschriften und wendet höchste Sicherheitsstandards an. Für die Terminvereinbarung werden folgende Daten in den Doctolib Kalender eingetragen:

Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift, Telefonnummer, E-Mail Adresse, Hausarzt, Krankenkassenstatus, überweisender Arzt, Besuchsgrund und Terminhistorie.

Ihre Daten werden für die Zwecke der Terminverwaltung erfasst, so wie es auch bisher bei uns der Fall war. Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten sind Art. 6 I b) DSGVO (der Behandlungsauftrag, den Sie unserteilen), Art. 6 I a) DSGVO (Einwilligung für Terminerinnerungen per SMS und E-Mail) und Art. 9 II h) DSGVO (die Zwecke der Gesundheitsvorsorge). Die Daten werden gleichlaufend zu den berufsrechtlichen Aufbewahrungspflichten für die Dauer von 10 Jahren gespeichert.

Es erfolgt keine Weiterleitung der Daten durch Doctolib an kommerzielle Anbieter. Doctolib ist genau wie Ihr Arzt an die Schweigepflicht gebunden. Eine Entbindung von der Schweigepflicht ist nicht erforderlich.

Um Terminausfälle zu vermindern, möchten wir Sie mit Ihrer Einwilligung mittels des Doctolib Kalendersystems per SMS und/oder E-Mail an Ihren Termin erinnern. Wenn Sie keine Erinnerungen mehr erhalten möchten, teilen Sie uns das jederzeit mit und wir stellen die Erinnerungen wieder aus.

### Besonderheiten der Online Buchung

Für die Online-Terminbuchung ist ein Doctolib-Nutzerkonto notwendig, hierfür gelten die Datenschutzhinweise von Doctolib.

Für die Anlegung eines Doctolib Nutzerkontos ist die Doctolib GmbH (Mehringdamm 51, 10961 Berlin), Ansprechpartner und Verantwortlicher für die Datenverarbeitung. Rechtsgrundlage hierfür ist Art. 6 Abs. 1, b.) der DSGVO und Art. 9 II h) DSGVO (die Zwecke der Gesundheitsvorsorge).

### Einwilligung zu Terminerinnerungen per SMS und/oder E-Mail

Um Terminausfälle zu vermindern, möchten wir Sie mittels des Doctolib Kalendersystems per SMS und/oder E-Mail an Ihren Termin erinnern. Bitte bestätigen Sie mit Ihrer Unterschrift, dass Sie hiermit einverstanden sind. Wenn Sie keine Erinnerungen mehr erhalten möchten, teilen Sie uns das jederzeit mit und wir stellen die Erinnerungen wieder aus.

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

Ja, ich möchte Terminerinnerungen erhalten.       Nein, ich möchte keine Terminerinnerungen erhalten.

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