



Christina Rienecker
Pippinplatz 4a
82131 Gauting

Telefon 089 23239330
praxis@psychotherapie-rienecker.de
www.psychotherapie-rienecker.de

Patientenaufnahmebogen

PSYCHOTHERAPEUTISCHE PRAXIS
FÜR KINDER, JUGENDLICHE UND JUNGE ERWACHSENE

Persönliche Angaben Patient:in

Name/Vorname	
Geschlecht	☐ männlich ☐ weiblich ☐ divers
Geburtsdatum	
Telefonnummer	
E-Mail	
Schule/Ausbildung	
Anzahl und Alter der Geschwister	
Versicherung	☐ Privat ☐ Gesetzlich ☐ Beihilfe/sonstiges
Hauptversicherter	Name
	Geburtsdatum
Haus-/Kinderarzt/ärztin	

Angaben der Eltern

Sorgerecht	☐ Gemeinsames ☐ Alleiniges
	☐ Sonstige:
Name/Vorname der Eltern	1:
	2:
Geburtsdatum der Eltern	1:
	2:
Berufe der Eltern	1:
	2:
Straße und Hausnummer	1:
	2:
PLZ und Ort	1:
	2:

Kontakt der Eltern

Festnetz	1:
	2:
Mobil	1:
	2:
E-Mail	1:
	2:

Grund der Kontaktaufnahme:

- ☐ Anmeldung Verhaltenstherapie
☐ Anmeldung Gruppentherapie
☐ ausschließlich Testdiagnostik für Teilleistungsstörung (LRS/Dyskalkulie)

Vorstellungsgrund/aktuelle Beschwerden Ihres Kindes/Jugendlichen:

Gibt oder gab es Besonderheiten in der Entwicklung (ab Schwangerschaft bis jetzt)?

Gab es im Leben Ihres Kindes/Jugendlichen besondere/belastende Lebensereignisse (z.B. Umzug, Trennung der Eltern, Schulwechsel, Todesfälle, Mobbing Erfahrungen)?

Hat oder hatte Ihr Kind/Jugendlicher Suizidgedanken?

☐ Nein ☐ Ja

Hat ihr Kind/Jugendlicher jemals einen Suizidversuch unternommen?

☐ Nein ☐ Ja

Gibt oder gab es selbstverletzendes Verhalten?

☐ Nein ☐ Ja

Falls ja, bitte beschreiben Sie dieses Verhalten kurz:

Falls ja, wie regelmäßig kommt/kam es vor? _____



Christina Rienecker
Pippinplatz 4a
82131 Gauting

Telefon 089 23239330
praxis@psychotherapie-rienecker.de
www.psychotherapie-rienecker.de

Trinkt ihr Kind/Jugendlicher regelmäßig Alkohol?

☐ Nein ☐ Ja

Falls ja, welcher Alkohol und wie viel? _____

Raucht ihr Kind/Jugendlicher?

☐ Nein ☐ Ja

Falls ja, wie viel durchschnittlich? _____

Konsumiert ihr Kind/Jugendlicher Drogen?

☐ Nein ☐ Ja

Falls ja, was wird konsumiert und wie viel? _____

Welche Medien konsumiert ihr Kind/Jugendlicher? _____

In welchem Umfang? _____

Ist ihr Kind/Jugendlicher bereits in psychotherapeutischer Behandlung gewesen?

☐ Nein ☐ Ja, wo und wie lange? _____

War ihr Kind/Jugendlicher in der Vergangenheit in (teil-)stationärer psychiatrischer Behandlung?

☐ Nein ☐ Ja, wo und wie lange? _____

Befindet sich ihr Kind/Jugendlicher in psychiatrischer Behandlung?

☐ Nein ☐ Ja, wo und wie lange? _____

Nimmt ihr Kind/Jugendlicher regelmäßig Medikamente ein?

☐ Nein ☐ Ja, welche und wie oft? _____

**Weitere Informationen (z.B. Dissoziationsneigung, Vorerkrankungen),
die für die Therapeutin relevant sind?**

Erklärung der Sorgeberechtigten zu Beginn der Behandlung

Im Patienten-Rechte-Gesetz ist festgelegt, dass für alle ärztlichen und somit auch psychotherapeutischen Untersuchungen und Behandlungen grundsätzlich das Einverständnis aller Sorgeberechtigten erforderlich ist.

Bei gemeinsamem Sorgerecht muss bereits für die sogenannte „probatorische Phase“ (Sprechstunden und probatorische Sitzungen) das Einverständnis beider Elternteile vorliegen. Diese bis zu 5 Sitzungen in der probatorischen Phase dienen der Klärung, ob eine Therapie sinnvoll ist. In diesem Zeitraum werden je nach Fragestellung auch psychodiagnostische Verfahren (Interviews, Fragebögen oder Leistungstests) durchgeführt. Am Ende der probatorischen Phase wird dann entschieden, ob eine Therapie beantragt und begonnen werden soll.

Einverständniserklärung der Sorgeberechtigten

Betrifft:

Name, Vorname

Geburtsdatum

Probatorische Phase

Ich bin damit einverstanden, dass mein/e Tochter/Sohn Sprechstunden und probatorische Sitzungen bei Christina Rienecker (Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin) wahrnimmt.

Ort, Datum

Unterschrift Sorgeberechtigte/r

Unterschrift Sorgeberechtigte/r

Psychotherapie

Ich bin damit einverstanden, dass mein/e Tochter/Sohn eine psychotherapeutische Behandlung durch Christina Rienecker (Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin) erhält.

Ort, Datum

Unterschrift Sorgeberechtigte/r

Unterschrift Sorgeberechtigte/r

Zusätzliche Erklärung

Ich erkläre, dass ich für meine Tochter/ meinen Sohn das alleinige Sorgerecht in Gesundheitsfragen ausübe.

Ort, Datum

Unterschrift Sorgeberechtigte/r

Datenschutz in meiner Praxis

Stand Mai 2025

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

in meiner Psychotherapeutischen Praxis hat die Schweigepflicht und der Datenschutz eine extrem hohe Wichtigkeit. Für Ihre Behandlung benötige ich einige persönliche Daten. Mit diesen sog. personenbezogenen Daten gehe ich besonders verantwortungsvoll um.

Nach der EU-Datenschutz Grundverordnung¹ bin ich verpflichtet, Sie über den Zweck der Datenerhebung, die Speicherung und die Weiterleitung Ihrer Daten zu informieren.

1. Zweck der Datenerhebung und -Verarbeitung

Zu Beginn und im Verlauf einer psychotherapeutischen Behandlung erhebe ich verschiedene Daten über Ihre Person und Ihre Gesundheit bzw. die Ihres Kindes. Dies ist notwendig, um eine dem Standard entsprechende psychotherapeutische Behandlung durchzuführen und um den mit Ihnen geschlossenen Behandlungsvertrag ordnungsgemäß zu erfüllen. Die Erhebung personenbezogener Daten dient nur dem Zweck der Verbesserung Ihres Gesundheitszustandes bzw. des Gesundheitszustandes Ihres Kindes und geschieht in keinem Fall grundlos. Dabei werden selbstverständlich nur diejenigen Daten erhoben, die für die psychotherapeutische Behandlung notwendig sind (Stichwort Datenminimierung). Datenschutzrechtliche Vorgaben sowie die Rechte und Pflichten, die sich aus dem Therapievertrag ergeben, werden beachtet.

Zu den zu erhebenden Daten zählen Anamnesen, Diagnosen, Befunde, Therapievorschlüsse und Protokolle, die ich selbst erarbeite oder mir andere Psychotherapeuten/Ärzte zur Verfügung stellen (Konsiliarbericht, Arztbriefe etc.).

2. Empfänger der Daten

Psychotherapeuten unterliegen der Schweigepflicht. Ich übermittle Ihre Gesundheitsdaten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist und/oder Sie ausdrücklich in die Weitergabe eingewilligt haben (Schweigepflichtsentbindung).

Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen oder der Medizinische Dienst der Krankenversicherung sein. Die Weitergabe der Daten erfolgt mit gesetzlicher Erlaubnis überwiegend zum Zwecke der Abrechnung der bei Ihnen erbrachten Leistungen, zur Klärung von medizinischen und sich aus Ihrem Versicherungsverhältnis ergebenden Fragen. Sollte eine Weitergabe Ihrer Daten an Ärzte oder Psychotherapeuten oder privatärztliche Verrechnungsstellen notwendig sein, ist für die Weitergabe Ihre Schweigepflichtsentbindung nötig.

3. Speicherung der Daten

Alle personenbezogenen Daten und Behandlungsunterlagen werden, entsprechend der gesetzlichen Vorgaben, mindestens 10 Jahre nach Ihrem letzten Behandlungstermin in der Praxis aufbewahrt. Ihre Daten werden durch geeignete technische und organisatorische Systeme geschützt.

4. Ihre Rechte

Grundsätzlich können Sie Schweigepflichtsentbindungen jederzeit widerrufen. Sie haben das Recht, über Ihre gespeicherten personenbezogenen Daten jederzeit Auskunft zu erhalten. Bemerken Sie Unstimmigkeiten, können Sie umgehend die Berichtigung oder Löschung fehlerhafter Daten verlangen.

Zuständig für die Überwachung der Einhaltung der Datenschutzverordnung und Ihr Ansprechpartner bei Beschwerden ist die Datenschutzbehörde Ihres Bundeslandes. Eine Auflistung der Landesdatenschutzbeauftragten finden Sie unter

https://www.bfdi.bund.de/DE/Service/Anschriften/anschriften_table.html

¹ Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit § 22 Abs.1 Nr.1 lit. b) BDSG



Christina Rienecker
Pippinplatz 4a
82131 Gauting

Telefon 089 23239330
praxis@psychotherapie-rienecker.de
www.psychotherapie-rienecker.de

5. Erklärung zur elektronischen Kommunikation

Es besteht die Möglichkeit, mit mir digital zu kommunizieren. Diese Kommunikationswege werden im Wesentlichen für Terminabsprachen und andere organisatorische Abstimmungen genutzt.

Bitte beachten Sie Folgendes:

E-Mail: Ich verwende keine vom Transportvorgang unabhängige Verschlüsselungstechnologie, der Inhalt der Email könnte möglicherweise von Dritten gelesen werden. Wenn Sie mit einer solchen Kommunikation einverstanden sind, kreuzen Sie bitte das entsprechende Feld an. Sie können ihr Einverständnis jederzeit widerrufen.

Ich bin mit der Nutzung folgender Kommunikationswege einverstanden:

☐ SMS _____

☐ E-Mail _____

Ort, Datum Unterschrift Sorgeberechtigte/r Unterschrift Sorgeberechtigte/r