



Patientendaten

Gemäß § 22 Abs. 1b BDSG-neu sind wir berechtigt personenbezogene Daten zu erheben und zu speichern, sofern dies zum Zweck der Gesundheitsvorsorge, für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Beschäftigten, für die medizinische Diagnostik, die Versorgung oder Behandlung im Gesundheits- oder Sozialbereich oder für die Verwaltung von Systemen und Diensten im Gesundheits- und Sozialbereich oder aufgrund eines Vertrags der betroffenen Person mit einem Angehörigen eines Gesundheitsberufs erforderlich ist und diese Daten von ärztlichem Personal oder durch sonstige Personen, die einer entsprechenden Geheimhaltungspflicht unterliegen, oder unter deren Verantwortung verarbeitet werden.

Personenbezogene Daten

Titel () männlich / () weiblich Familienstand:

Vorname, Name:

Straße, Hausnummer:

PLZ, Stadt:

Land:

Geburtsdatum: Alter:

Telefonnummer (privat):

Telefonnummer (dienstlich):

Telefonnummer (mobil):

E-Mail:

Erreichbarkeit: () morgens () mittags () nachmittags





PRAXIS KLEINEN-BASSY

Thomas Kleinen-Bassy (M.Sc.)
Psych. Psychotherapeut
Termine nach Vereinbarung

Kolpingstrasse 6
52078 Aachen

Süsterau 39
52072 Aachen

Patientenbezogene Daten

Hausarzt, Name:

Telefonnummer:

Anschrift:

Facharzt, Name:

Telefonnummer:

Anschrift:

Krankenkasse, Name:

Telefonnummer:

Postanschrift:

Dienststelle:

Sachbearbeiter:

Versichertennummer:

Diagnosen:

Gestellt von:

Überwiesen von:

Vorbehandlung:

() ambulante Psychotherapie in der Vergangenheit

Wann wurde die Therapie beendet?

Anlass der Therapie und Diagnosen?

() stationäre/ teilstationäre psychiatrische/ psychotherapeutische Behandlung in der Vergangenheit

Wann wurde die Therapie beendet?

Anlass der Therapie und Diagnosen?





PRAXIS KLEINEN-BASSY

Thomas Kleinen-Bassy (M.Sc.)
Psych. Psychotherapeut
Termine nach Vereinbarung

Kolpingstrasse 6
52078 Aachen

Süsterau 39
52072 Aachen

Angaben zum Lebenslauf des Patienten

Kindergarten:

Besucht von/ bis: von: bis:.....

Grundschule:

Besucht von/ bis: von: bis:.....

Weiterführende Schule:

Schulform:

Besucht von/ bis: von: bis:.....

Wurde die Schule gewechselt oder Klassen wiederholt und warum?

.....
.....

Was haben Sie nach der Schule gemacht (z.B. Ausbildung, Studium, erlernter Beruf etc.)

.....
.....

Was ist Ihre aktuelle Tätigkeit? (Vollzeit/ Teilzeit)

.....

An welchen Tagen und zu welchen Zeiten können Sie am besten an der Therapie teilnehmen?

.....
.....

- () Ich bin damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten gemäß der aktuellen Datenschutzbestimmungen des BDSG-neu erhoben und gespeichert werden dürfen.
- () Ich bin nicht damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten erhoben und gespeichert werden. Mir ist bekannt, dass eine Behandlung in der Praxis Kleinen-Bassy nicht möglich ist, wenn ich diesen Bestimmungen nicht zustimme.

Aachen, den
(Unterschrift Patient/ Erziehungsberechtigter)





PRAXIS KLEINEN-BASSY

Thomas Kleinen-Bassy (M.Sc.)
Psych. Psychotherapeut
Termine nach Vereinbarung

Kolpingstrasse 6
52078 Aachen

Süsterau 39
52072 Aachen

Angaben zum Vorstellungsanlass

Bitte beschreiben Sie nachfolgend kurz den Anlass Ihrer Vorstellung in unserer psychotherapeutischen Praxis.

Welche Beschwerden haben Sie?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Seit wann bestehen diese Beschwerden?

.....

.....

Was haben Sie bisher aufgrund der genannten Beschwerden unternommen?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....





PRAXIS KLEINEN-BASSY

Thomas Kleinen-Bassy (M.Sc.)
Psych. Psychotherapeut
Termine nach Vereinbarung

Kolpingstrasse 6
52078 Aachen

Süsterau 39
52072 Aachen

Angaben der Eltern bei minderjährigen Patienten (Teil)

(Dieses Formular bei minderjährigen Patienten zusätzlich ausfüllen)

Eltern

Sorgeberechtigt: beide Eltern Mutter Vater anders:.....

Familienstand: verheiratet, seit: getrennt/ geschieden, seit:.....

Telefonnummer:

Anschrift:

E-Mail:

Mutter leibliche Mutter Stief-/ Pflegemutter, seit:.....

Name, Vorname:

Telefonnummer:

Anschrift:

E-Mail:

Höchster Schulabschluss:

Beruf in Voll-/ Teilzeit:

Relevante Erkrankungen:

Vater leiblicher Vater Stief-/ Pflegevater, seit:.....

Name, Vorname:

Telefonnummer:

Anschrift:

E-Mail:

Höchster Schulabschluss:

Beruf in Voll-/ Teilzeit:

Relevante Erkrankungen:





PRAXIS
KLEINEN-BASSY

Thomas Kleinen-Bassy (M.Sc.)
Psych. Psychotherapeut
Termine nach Vereinbarung

Kolpingstrasse 6
52078 Aachen

Süsterau 39
52072 Aachen

Angaben der Eltern bei minderjährigen Patienten (Teil2)

(Dieses Formular bei minderjährigen Patienten zusätzlich ausfüllen)

Geschwister: (Bitte geben Sie an ob es sich um leibliche Geschwister handelt)

Anzahl: leibliche Geschwister

Name und Alter () ja () nein

Relevante Erkrankungen:

Name und Alter () ja () nein

Relevante Erkrankungen:

Name und Alter () ja () nein

Relevante Erkrankungen:

Name und Alter () ja () nein

() Ich bin damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten gemäß der aktuellen Datenschutzbestimmungen des BDSG-neu erhoben und gespeichert werden dürfen.

() Ich bin nicht damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten erhoben und gespeichert werden. Mir ist bekannt, dass eine Behandlung in der Praxis Kleinen-Bassy nicht möglich ist, wenn ich diesen Bestimmungen nicht zustimme.

Aachen, den
(Unterschrift 1. Erziehungsberechtigter/ Mutter)

Aachen, den
(Unterschrift 2. Erziehungsberechtigter/ Vater)

Aachen, den
(Unterschrift Patient)

