



Telefonnummer: _____ Emailadresse: _____

Angaben zum Kind

Name, Vorname: _____

Bevorzugte Anrede: _____

Geburtsdatum: _____ Geschlecht: m w d

Größe: _____ Gewicht: _____

Straße/Hausnummer: _____ PLZ/Ort: _____

Versichert über: Vater Mutter

Krankenkasse: _____ Gesetzlich versichert privat versichert beihilfeberechtigt

Kinderarzt/behandelnder Arzt: _____

Ist Ihr Kind im Hausarztmodell? ja nein

Angaben zu den Eltern

Sorgerecht: gemeinsam Mutter Vater Sonstige

Name der Mutter: _____ Name des Vaters: _____

Alter der Mutter: _____ Alter des Vaters: _____

Beruf der Mutter: _____ Beruf des Vaters: _____

Aktuelle Tätigkeit Mutter: _____ Aktuelle Tätigkeit Vater: _____

Die Vereinbarung einer Sprechstunde erfolgt telefonisch – bitte geben Sie mindestens einen telefonischen Kontakt an, unter dem Sie erreichbar sind:

Name: _____ Mobil: _____ Festnetz: _____

Name: _____ Mobil: _____ Festnetz: _____

Angaben zu den Geschwistern

Name: _____ Alter: _____ Name: _____ Alter: _____

Name: _____ Alter: _____ Name: _____ Alter: _____

Gibt es Auffälligkeiten oder chronische Krankheiten bei den Geschwistern?

Angaben zu den Lebensverhältnissen

Bei wem lebt Ihr Kind? _____

Wie häufig besteht Kontakt zur Mutter? _____

Wie häufig besteht Kontakt zum Vater? _____

Leben noch weitere Personen im Haushalt und wenn ja, wer? _____

Kindergarten & Schule

Besucht(e) Ihr Kind einen Kindergarten? nein ja, im Alter von _____ bis _____

Gibt bzw. gab es dort Probleme? nein ja, welche (Trennung, Probleme mit anderen Kindern etc.)? _____

Gegenwärtig besucht mein Kind die _____ Klasse einer _____ (Grund-, Förderschule, Schule für Erziehungshilfe, Werkreal-, Realschule, Gymnasium etc.).



- Schullaufbahn: normaler Verlauf
 verspätete Einschulung (Zurückstellung) wegen _____
 Wiederholung der Klasse _____
 Überspringen der Klasse _____
 Schulwechsel im Jahre _____ wegen _____
 zeitweise keine Schule besucht von _____ bis _____ wegen _____

Stärken des Kindes: _____

Schwächen des Kindes: _____

Gibt es Verhaltensprobleme in der Schule? nein ja, und zwar: _____

Regelmäßigkeit der Schulbesuche: regelmäßig verspätet sich oft fehlt oft wegen: _____

Anzahl der Fehltage: _____

Hausaufgaben: macht mein Kind regelmäßig: ja nein

Wie lange meistens? _____

alleine oder mit Hilfe? _____

Probleme? _____

Interessen und Fähigkeiten

Welche Interessen, Neigungen und Fähigkeiten hat Ihr Kind?

Gibt es Einschränkungen, Beeinträchtigungen oder besondere Bedürfnisse, die für die Teilnahme am Erstgespräch berücksichtigt werden sollten?

Bestehen bei Ihrem Kind eine körperliche Erkrankung? Wenn ja, welche und seit wann?

Bestehen bei Ihrem Kind Beeinträchtigungen in Form von Hörschäden, Sehschwäche, Sprachstörung, Schäden an Körper und Gliedmaßen, Bewegungs- und Koordinationsstörungen oder geistige Einschränkungen? _____

Was ist der Anlass dafür, dass Sie ihr Kind zur Therapie vorstellen möchten? Was erhoffen Sie sich von der Therapie? Beschreiben Sie in eigenen Worten stichpunktartig die aktuelle Problematik Ihres Kindes wegen der Sie eine Behandlung wünschen.

Lösungsversuche

Was haben Sie bisher unternommen, um die Situation zu verbessern?

Wird Ihr Kind aktuell medikamentös aufgrund psychischer Beschwerden behandelt? Falls ja, welche Medikamente nimmt Ihr Kind, in welcher Dosierung und seit wann? _____

Gab es in der Vergangenheit bereitseine ambulante oder stationäre psychotherapeutische oder psychiatrische Behandlung Ihres Kindes? Wenn ja, wann, wie lange und an welchem Ort? _____

Ist stationäre Behandlung Ihres Kindes geplant? Wenn ja wo? Und wann voraussichtlich?

Was haben Sie in Ihrem Erziehungsverhalten verändert?

Haben Sie Hilfe durch andere in Anspruch genommen (bitte Person, Zeitpunkt und Dauer angeben z.B. Schule (Sozialarbeiter*innen, Beratungslehrer*innen); Beratungsstelle; Haus- oder Kinderarztpraxis; Logopädie, Ergotherapie; Jugendamt; Psychiatrische Institutsambulanz, Sozial Pädiatrisches Zentrum)?

Konsumverhalten

Wieviel Medien konsumiert Ihr Kind? Stunden pro Tag: _____ / Stunden pro Woche: _____

Art: _____

(Filme, Serien, Clips, Soziale Medien, Games, ...)

Raucht Ihr Kind und wenn ja wieviel? _____

Trinkt Ihr Kind Alkohol und wenn ja wieviel? _____

Konsumiert Ihr Kind andere Drogen? _____

Falls Sie noch etwas ergänzen möchten, können Sie das gerne hier tun:

Datum: _____ Dieser Fragebogen wurde ausgefüllt von: _____

Bitte geben Sie hier Zeiten an, die Ihr Kind regelmäßig wahrnehmen kann. Die Gespräche finden i.d.R. wöchentlich bis zweiwöchentlich zu einem festen Termin statt und dauern 50 Minuten.

	Vormittags (von-bis)	Nachmittag (von-bis)
Montag		
Dienstag		
Mittwoch		
Donnerstag		
Freitag		

Vorbefunde und Zeugnisse

Bringen Sie bitte alle Vorbefunde aus Kliniken und diagnostischen Untersuchungen, sowie eine Kopie des aktuellsten Schulzeugnisses zum Erstgespräch mit!

Einverständniserklärung zur E-Mail-Korrespondenz

Ich bin mit der Korrespondenz bzw. der Zusendung von personenbezogenen- und Gesundheitsdaten per E-Mail an die nachstehend genannte E-Mail-Adresse einverstanden. Mir ist bekannt, dass die mir so zugesandten E-Mails personenbezogene Daten enthalten können. Die Risiken, die mit dem Versand solcher E-Mails verbunden sind – insbesondere die unbefugte Kenntnisnahme und Verwertung durch Dritte – sind mir bewusst.

Ich möchte ausschließlich telefonisch kontaktiert werden

Ort, Datum

Unterschrift Patient*in (ggf. gesetzliche/r Vertreter*in)

Auf den folgenden Seiten finden Sie unsere ausführlichen Patient*inneninformationen zum Datenschutz. Bitte lesen Sie sich diese sorgfältig durch.

Ich habe die „Patienteninformation zum Datenschutz (stand: 18-09-2025) erhalten und gelesen.

Unterschrift: _____

Der Versand personenbezogener Daten durch unverschlüsselte E-Mails ist aus datenschutzrechtlichen Gründen grundsätzlich untersagt, sodass entsprechende Korrespondenz ausschließlich durch Postversand erfolgen kann, wenn nicht eine ausschließliche schriftliche Einwilligung durch den Patienten erteilt wird. Mit dieser Einverständniserklärung stimmen Sie dem Versand von Daten via E-Mail durch mich zu.

Information zum Datenschutz für sorgeberechtigte Personen

Sehr geehrte Sorgeberechtigte, sehr geehrter Sorgeberechtigter

der Schutz personenbezogener Daten Ihrer Tochter/ihrer Sohnes ist uns sehr wichtig!

Bereits seit langem gelten für persönliche Daten und Informationen, die im Rahmen der psychotherapeutischen Arbeit erhoben werden, strenge Datenschutzrichtlinien. Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sind wir darüber hinaus verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet. Der Information können Sie auch entnehmen, welche Rechte Sie in puncto Datenschutz haben.

1. Verantwortlichkeit für die Datenverarbeitung:

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist:

Dipl.-Psych. Sophia Künstler

Praxisname: Psychotherapie Künstler

Adresse: Esslinger Straße 35, 73207 Plochingen

Telefon: 07153/5593234

E-Mail: info@psychotherapie-kuenstler.de

Kontakt Daten unter: www.praxis-kuenstler.de

Sie erreichen die/den zuständige/n Datenschutzbeauftragte/n unter: s.o.

2. Zweck der Datenverarbeitung:

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen als Sorgeberechtigter und Ihrer/m Arzt*in und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen. Hierzu verarbeiten wir die personenbezogenen Daten ihres Kindes, insbesondere deren Gesundheitsdaten. Dazu zählen 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 Ihre Tochter/Sohn in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen (z.B. in Arztbriefen). Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für die Behandlung Ihres Kindes. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann eine sorgfältige Behandlung nicht erfolgen.

3. Empfangende Ihrer Daten:

Wir übermitteln die personenbezogenen Daten Ihres Kindes nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben. Empfangende der personenbezogenen Daten Ihres Kindes können vor allem andere Ärzt*innen/ Psychotherapeut*innen, Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, Ärztekammern und privatärztliche Verrechnungsstellen sein.

Die Übermittlung erfolgt überwiegend zum Zwecke der Abrechnung der bei Ihrem Kind erbrachten Leistungen, zur Klärung von medizinischen und sich aus dem Versicherungsverhältnis Ihres Kindes ergebenden Fragen. Gestellte Rechnungen von Fr. Künstler werden an den/die Steuerberatende/n zu Abrechnungszwecken weitergegeben.

Im Einzelfall erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere Berechtigte. Arztbriefe zur allgemeinen Information über Ihre Behandlung oder im Rahmen der Berichtspflicht für überweisende Ärzt*innen übermitteln wir nur mit ausdrücklichem Einverständnis von Ihnen.

4. Speicherung Ihrer Daten:

Wir bewahren die personenbezogenen Daten Ihres Kindes 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 Röntgenaufzeichnungen laut §28 Abs.3 der Röntgenverordnung.

5. Ihre Rechte:

Sie haben das Recht, über die Ihr Kind betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten. Auch können Sie die Berichtigung 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 als Sorgeberechtigter zu.

Die Verarbeitung der Daten Ihres Kindes 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 der personenbezogenen Daten Ihres Kindes nicht rechtmäßig erfolgt.

Die Anschrift der für uns zuständigen Aufsichtsbehörde lautet:

Landesbeauftragter für Datenschutz und Informationsfreiheit Baden-Württemberg
Königstraße 10 a
70173 Stuttgart

Stand: 18.05.2018

6. Rechtliche Grundlagen für die Datenverarbeitung in der Arztpraxis/Praxis für Psychotherapie:

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

- Rechtsgrundlage für die Verarbeitung von Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit § 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz sowie der Behandlungsvertrag nach den §§ 630 ff BGB, § 10 Abs. 1 MBO-Ä, § 57 Abs. 3 BMV-Ä.
- Rechtsgrundlagen für die Übermittlung an andere Ärzte sind der Behandlungsvertrag sowie § 73 Absatz 1b SGB V für den Zweck der Mit-/Weiter-Behandlung und Dokumentation der Behandlung.
- Rechtsgrundlagen für die Übermittlungen an die Kassenärztliche Vereinigung sind insbesondere §§ 294 ff. SGB V; §§ 12, 106 SGB V; § 295 Absatz 1a SGB V; §§ 298, 299 SGB V für folgende Zwecke:
 - Abrechnung der ärztlichen Leistungen
 - Abrechnungsprüfung
 - Qualitätssicherung
 - Wirtschaftlichkeitsprüfung
- gesetzlich vorgesehene Weiterleitung durch die Kassenärztliche Vereinigung an die zuständige Krankenkasse.
- Rechtsgrundlagen für die Übermittlung an Krankenkassen sind insbesondere §§ 294 ff. SGB V, § 291 Absatz 2b SGB V, § 36, Abs. 1 BMV-Ä (im Falle von § 44 Abs. 4 SGB V mit Ihrer Einwilligung zum Zweck der Feststellung der Leistungsberechtigung gemäß den Arbeitsunfähigkeitsrichtlinien).
- Rechtsgrundlage für die Übermittlung an den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung ist § 276 SGB V für den Zweck der Prüfung, Beratung und Begutachtung.
- Rechtsgrundlage für die Übermittlung an privatärztliche Verrechnungsstellen ist ausschließlich Ihre ausdrückliche Einwilligung für den Zweck der Abrechnung privater Leistungen

Darüber hinaus können sich weitere Datenübermittlungspflichten aus anderen gesetzlichen Vorgaben ergeben.

Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich gern an uns wenden.

Einverständnis des nicht anwesenden Elternteils bei gemeinsamem Sorgerecht

Name des Kindes:

Geburtsdatum:

Ich, _____
(Vor- und Zuname)

- sorgeberechtigte Kindsmutter sorgeberechtigter Kindsvater
(zutreffendes bitte ankreuzen)

wohnhaft in:

- stimme einer Vorstellung zur Beratung und diagnostischen Abklärung
 stimme einer Psychotherapie für meinen Sohn / meine Tochter

in der Psychotherapeutischen Praxis von Dipl.-Psych. Frau Sophia Künstler
ausdrücklich zu.

Ort

Datum

Unterschrift

Vollmacht für Eltern mit gemeinsamem Sorgerecht

Name des Kindes

geboren am: _____

Hauptwohnsitz

Hiermit erteile ich, _____
Vor- und Zuname Vollmachtgeber/in

geboren am: _____

Hauptwohnsitz

der Mutter/dem Vater unseres gemeinsamen Kindes

Vor- und Zuname Vollmachtnehmer/in

geboren am: _____

Hauptwohnsitz

die Vollmacht, die nachfolgend benannten Aufgaben des elterlichen Sorgerechts für unser gemeinsames Kind in alleiniger Verantwortung wahrzunehmen und alle erforderlichen Erklärungen auch in meinem Namen abzugeben. Die Vollmacht berechtigt dazu, alle relevanten Entscheidungen in Bezug auf die Beratung / die diagnostische Abklärung und ggf. eine anschließende Behandlung in der Psychotherapeutischen Praxis von Dipl. Psych. Sophia Künstler zu treffen.

Die Vollmacht gilt ab dem Erstellungsdatum und gilt bis auf Widerruf, der jederzeit möglich ist.

Ort, Datum

Unterschrift