

Psychotherapie-Ambulanz WWU

Prof. Dr. U. Buhlmann, wiss. Leitung
Prof. Dr. N. Morina, stellv. wiss. Leitung
Dr. T. Andor, gschf. u. therap. Leitung

Fliednerstr. 21
48149 Münster

Sekretariat
Tel. +49 251 83-34140
Fax +49 251 83-31333

Eingangsfragebogen

Sie haben Interesse an einer Beratung oder Behandlung in der Psychotherapie-Ambulanz der Westfälischen Wilhelms-Universität geäußert. Daher möchten wir Ihnen gerne ein Gespräch in unserer Sprechstunde anbieten. Die Psychotherapie-Ambulanz ist eine Einrichtung am Fachbereich Psychologie und Sportwissenschaft der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster (PTA WWU). Sie kooperiert mit dem Institut für Psychologische Psychotherapieausbildung Münster (IPP Münster GmbH), insbesondere mit dessen Ambulanz (PTA IPP). Die beiden Einrichtungen arbeiten an zwei Standorten in Münster (Fliednerstraße 21 und Schorlemerstraße 26). Im Rahmen des Erstgesprächs wird individuell mit Ihnen geschaut, ob über das Gespräch hinaus ein weiteres Angebot der PTA WWU, der PTA IPP oder andere Angebote sinnvoll erscheinen.

Der folgende Fragebogen enthält eine Reihe von Fragen zu Ihrem Anliegen und Ihrer persönlichen Lebenssituation. Diese Informationen helfen uns, das Erstgespräch entsprechend Ihrer individuellen Situation vorzubereiten und durchzuführen.

Sämtliche Angaben werden selbstverständlich streng vertraulich behandelt. Auf unserer Webseite zum Download sowie in der Ambulanz ausliegend finden Sie unsere Patienteninformation zum Datenschutz, der Sie entnehmen können, wie Ihre Daten verarbeitet werden. Im Rahmen der Kooperation zwischen WWU und IPP werden Daten gemeinsam verarbeitet. Zum Schutz Ihrer Daten wurde eine Vereinbarung zur Regelung der gemeinsamen Verantwortlichkeit gem. Art. 26 DSGVO getroffen.

Bitte beantworten Sie die Fragen bzw. kreuzen Sie die jeweils zutreffende Antwortmöglichkeit an. Falls Sie möchten, können Sie weitere Bemerkungen am Rand hinzufügen. Um die Lesbarkeit Ihrer Antworten sicherzustellen, schreiben Sie bitte in Druckbuchstaben.

Bitte senden Sie den Fragebogen ausgefüllt auf dem Postweg an uns zurück. Wir werden uns nach der Auswertung des Fragebogens bei Ihnen melden und Sie über das weitere Vorgehen informieren. Wir bemühen uns sehr, Sie möglichst zeitnah zu kontaktieren. In Phasen vermehrter Anfragen kann sich unsere Antwort verzögern.

Mit freundlichen Grüßen,

Dr. Tanja Andor
Psychologische Psychotherapeutin | Gschf. und therapeutische Ambulanzleitung

TEIL 1: ANGABEN ZUR PERSON

Bitte tragen Sie die folgenden Informationen und Kontaktdaten ein, unter denen wir Sie erreichen können:

Heutiges Datum: _____

Name, Vorname: _____

Ggf. Geburtsname: _____

Geschlecht: weiblich männlich divers keine Zuordnung

Geburtsdatum: _____ Alter: _____ Jahre

Straße/ Nr.: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon fest: _____ mobil: _____

Wann sind Sie werktags telefonisch erreichbar? _____

Staatsangehörigkeit Deutsch
 andere: _____ (bitte eintragen)

Muttersprache(n): Deutsch
 andere: _____ (bitte eintragen)

Wenn "andere": Wie sind Ihre Sprachkenntnisse in Deutsch?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> keine | <input type="checkbox"/> fließend |
| <input type="checkbox"/> Grundkenntnisse | <input type="checkbox"/> Muttersprachlerniveau |
| <input type="checkbox"/> fortgeschritten | |

Krankenkasse/Versicherung:

Name: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

gesetzlich privat nur für Privatversicherte: Beihilfe? ja nein

Handelt es sich um ein Berufsgenossenschaftsverfahren? ja nein noch offen

Planen Sie, in nächster Zeit umzuziehen? ja nein

Wenn ja, wann? _____

Wohin (Ort): _____

Adresse (falls bekannt): _____

Familienstand:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> verheiratet/ eingetr. Lebenspartnerschaft, zusammenlebend | <input type="checkbox"/> unverheiratet, mit Partnerschaft |
| <input type="checkbox"/> verheiratet/ eingetr. Lebenspartnerschaft, getrennt lebend | <input type="checkbox"/> geschieden |
| <input type="checkbox"/> unverheiratet, ohne Partnerschaft | <input type="checkbox"/> verwitwet |

Wie viele Kinder haben Sie? Anzahl der Kinder: _____ (bitte eintragen)

Alter u. Geschlecht (m, w) der Kinder: _____ / _____ / _____ / _____ / _____

Wohnsituation (Mehrfachantworten möglich):

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> alleine | <input type="checkbox"/> bei anderen Verwandten |
| <input type="checkbox"/> mit (Ehe-) Partner*in | <input type="checkbox"/> Wohngemeinschaft |
| <input type="checkbox"/> mit Kind/ Kindern | <input type="checkbox"/> Betreutes Wohnen |
| <input type="checkbox"/> bei Eltern | <input type="checkbox"/> Andere: _____ |

Religionszugehörigkeit:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> römisch-katholisch | <input type="checkbox"/> jüdisch |
| <input type="checkbox"/> evangelisch | <input type="checkbox"/> keine |
| <input type="checkbox"/> muslimisch | <input type="checkbox"/> andere: _____ |
| <input type="checkbox"/> buddhistisch | |

Höchster allgemeinbildender Abschluss:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> aktuell Schüler*in | <input type="checkbox"/> Realschulabschluss (mittlere Reife) |
| <input type="checkbox"/> kein Abschluss | <input type="checkbox"/> Polytechnische Oberschule |
| <input type="checkbox"/> Sonderschulabschluss | <input type="checkbox"/> Fachabitur |
| <input type="checkbox"/> Volksschulabschluss | <input type="checkbox"/> Abitur |
| <input type="checkbox"/> Hauptschulabschluss | <input type="checkbox"/> anderer |

(bitte eintragen)

Höchster beruflicher Ausbildungsabschluss:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> ohne Berufsabschluss | <input type="checkbox"/> Abschluss einer berufl.-betriebl. Berufsausbildung (Lehre) |
| <input type="checkbox"/> im Vorbereitungsdienst für den mittl. Dienst der öffentl. Verwaltung | <input type="checkbox"/> Abschluss einer berufl.-schulischen Ausbildung (Berufsfachschule, Kollegschule) |
| <input type="checkbox"/> Fach(hoch)schulabschluss | <input type="checkbox"/> Abschluss einer Fach-, Meister-, Technikerschule, Verwaltungs- und Wirtschaftsakademie / Fachakademie |
| <input type="checkbox"/> Universitätsabschluss | |

erlernter Beruf: _____

Arbeitszeit in beruflicher Tätigkeit:

- derzeit nicht berufstätig
- Teilzeit (bis 20 Stunden pro Woche)
- Teilzeit (mehr als 20 Stunden bis 30 Stunden pro Woche)
- Teilzeit (mehr als 30 Stunden pro Woche)
- Vollzeit berufstätig

Aktuell krankgeschrieben: ja nein

Aktuelle Haupttätigkeit:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> arbeitslos | <input type="checkbox"/> Selbständige*r / Freiberufler*in mit Leitungsfunktion |
| <input type="checkbox"/> Schüler*in | <input type="checkbox"/> haushaltsführende Person |
| <input type="checkbox"/> Auszubildende*r | <input type="checkbox"/> im freiwilligen Wehrdienst |
| <input type="checkbox"/> Student*in | |
| <input type="checkbox"/> Arbeiter*in, ungelernt | <input type="checkbox"/> im Bundesfreiwilligendienst/ im Freiwilligen Sozialen Jahr |
| <input type="checkbox"/> Facharbeiter*in | <input type="checkbox"/> in Mutterschafts-, Erziehungsurlaub oder Elternzeit |
| <input type="checkbox"/> Angestellte*r/ Beamtin*Beamter | <input type="checkbox"/> im Ruhestand |
| <input type="checkbox"/> Leitende*r Angestellte*r /
Beamtin*Beamter | <input type="checkbox"/> erwerbsunfähig |
| <input type="checkbox"/> Selbstständige*r/ Freiberufler*in
ohne Leitungsfunktion | <input type="checkbox"/> Andere: _____ |

Derzeit (überwiegend) ausgeübte Tätigkeit: _____

Falls Studium:

- an der WWU Münster (Fach & ca. Semesterzahl): _____
- an der Fachhochschule Münster (Fach & ca. Semesterzahl): _____
- an anderer Universität/ Fachhochschule (Fach & ca. Semesterzahl): _____

TEIL 2: PROBLEMBESCHREIBUNG UND BISHERIGE BEHANDLUNGEN

Anliegen: Bitte geben Sie nachfolgend Ihr Problem an, aufgrund dessen Sie Beratung/ Behandlung wünschen:

Seit wann etwa leiden Sie unter diesem Problem/ diesen Problemen?

Aktuelle körperliche Erkrankungen (bitte den Zeitraum angeben):

Medikamente: Nehmen Sie aktuell Medikamente? Wenn ja, welche?

Befinden Sie sich aktuell in ambulanter psychotherapeutischer Behandlung? ja nein

Wenn ja, seit wann? Wie lange? Wo (Name, Adresse)? Welches Therapieverfahren?

Vergangene ambulante psychotherapeutische/ psychiatrische Behandlungen:

Wann? Wie lange? Wo (Name, Adresse)? (ggf. Anmerkungen)

Bisherige stationäre Behandlungen wegen psychischer Probleme:

Wann? Wie lange? Wo (Name, Adresse)? (ggf. Anmerkungen)

Spezialambulanzen

Zu der PTA WWU gehören Spezialambulanzen, die sich auf die Behandlung ausgewählter Störungen spezialisiert haben. Um ein Erstgespräch entsprechend Ihrer individuellen Situation vorbereiten und durchzuführen zu können und dabei die Angebote der Spezialambulanzen gegebenenfalls mit einbeziehen zu können, bitten wir Sie zusätzlich folgende Fragen zu beantworten:

		Ja	Nein
1.	Schieben Sie wichtige Tätigkeiten über den passenden Zeitpunkt hinaus sehr häufig auf, obwohl Ihnen eigentlich Zeit dafür zur Verfügung steht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Leiden Sie unter Ihrem Aufschiebeverhalten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Beeinträchtigt Ihr Aufschiebeverhalten das Erreichen Ihrer persönlichen Ziele in starkem Ausmaß?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Haben Sie in Ihrem Leben traumatische oder belastende Erfahrungen gemacht, unter deren Folgen Sie heute noch leiden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Leiden Sie unter wiederholten, beunruhigenden und ungewollten Erinnerungen oder Träumen an die belastende Erfahrung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Versuchen Sie, Erinnerungen, Gedanken oder Gefühle in Bezug auf die belastende Erfahrung zu vermeiden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Machen Sie sich häufig Sorgen über das Aussehen eigener Körperteile, die Sie als unattraktiv einschätzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Fühlen Sie sich wegen Ihrer Sorgen über Ihr körperliches Aussehen belastet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Verbringen Sie mindestens eine Stunde pro Tag damit, über Ihre hässlichen oder besonders unattraktiven Körperteile oder -regionen nachzudenken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Leiden Sie unter wiederkehrenden Gedanken, Drängen oder Bildern (z.B. aggressive/ sexuelle Gedanken bzw. Gedanken, ob man den Herd ausgeschaltet hat), die Sie als unangenehm empfinden und versuchen Sie sie zu unterdrücken, zu ignorieren oder durch weitere Handlungen ungeschehen zu machen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	Leiden Sie unter wiederholt durchgeführten Handlungen (z.B. das wiederholte Kontrollieren des Herdes, Händewaschen) sowie gedanklichen Handlungen (z.B. stilles Beten, Zählen, Worte leise wiederholen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	Nehmen diese Gedanken, Drängen oder Bilder bzw. die durchgeführten Handlungen mind. eine Stunde pro Tag in Anspruch oder fühlen Sie sich dadurch stark belastet oder beeinträchtigt in Ihrem privaten oder beruflichen Leben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

TEIL 3: SONSTIGE INFORMATIONEN

Derzeitige*r Hausärztin*Hausarzt:

Name: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

Derzeitige ambulante psychiatrische Behandlung:

Name: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

Von wem wurden Sie überwiesen bzw. wie bekamen Sie Informationen über PTA WWU und PTA IPP?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Hausärztin*arzt / Allgemeinärztin*arzt | <input type="checkbox"/> Andere Klinik |
| <input type="checkbox"/> Fachärztin*arzt für Psychiatrie/ Neurologie/
Psychosom. Medizin | <input type="checkbox"/> Beratungsstelle / and. psychosoziale Einrichtung |
| <input type="checkbox"/> Andere*r Fachärztin*arzt | <input type="checkbox"/> Kostenträger / Krankenkasse |
| <input type="checkbox"/> Psychol. / Ärztl. Psychotherapeut*in | <input type="checkbox"/> Andere*r Patient*in |
| <input type="checkbox"/> Kinder- & Jugendl. Psychotherapeut*in | <input type="checkbox"/> Eigene Recherche |
| <input type="checkbox"/> Andere*r Psycholog*in | <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ |
| <input type="checkbox"/> Psychiatrische Klinik/ Psychosom. Klinik/ Kurklinik | |

Haben Sie früher schon einmal ein Angebot der PTA WWU oder PTA IPP in Anspruch genommen?

- nein
- ja *wenn ja, welches?* früheres Erstgespräch in der Psychotherapie-Ambulanz-Sprechstunde
 anderes Angebot (Therapie, Training, Kurzberatung, Diagnostik)

Gibt es sonst noch etwas, das Ihnen wichtig erscheint, bisher aber noch nicht erwähnt wurde?

Wir danken Ihnen für das Ausfüllen des Fragebogens. Bitte überprüfen Sie noch einmal, ob Sie auch wirklich alle Fragen beantwortet haben. Senden Sie dann den Fragebogen an die

Psychotherapie-Ambulanz der Westf. Wilhelms Universität

Fliednerstraße 21

48149 Münster

Frankierung:

- als Kompaktbrief im Standard-Briefumschlag: 1,00 € oder
- als Großbrief im DIN A4- oder DIN A5-Umschlag: 1,60 €

Einwilligung und entsprechende Datenschutzerklärung (gem. Art 13 DSGVO)

Projekt/Anlass: Kontaktierung für passende Studienangebote

Als Einrichtung der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster übernimmt die Psychotherapie-Ambulanz (PTA WWU) auch Forschungsaufgaben und führt Studien durch z.B. um die Eignung neuer Fragebögen oder die Wirksamkeit therapeutischer Interventionen wissenschaftlich zu prüfen.

Um diese Untersuchungen durchführen zu können, benötigen wir stets Personen, die bereit sind, daran teilzunehmen. An dieser Stelle möchten wir Sie daher fragen, ob Sie uns ihre Einwilligung erteilen, dass wir Sie bzgl. für Sie passender Studien kontaktieren und über diese informieren dürfen. Die Einwilligung ist freiwillig und keine Voraussetzung für eine Therapie in unserer Ambulanz. Sie können Ihre Einwilligung in die Kontaktaufnahme für Studien jederzeit widerrufen, ohne dass Ihnen daraus Nachteile entstehen. Wenn Sie einer Kontaktaufnahme zustimmen, werden Sie von Mitarbeiter*innen der Psychotherapie-Ambulanz kontaktiert, die Ihnen genauere Informationen über die jeweilige Studie geben. Sie können dann in Ruhe entscheiden, ob Sie an dieser Studie teilnehmen wollen oder nicht.

1. Verantwortlichkeit für die Datenverarbeitung

Die Psychotherapie-Ambulanz ist eine Einrichtung am Fachbereich Psychologie und Sportwissenschaft der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster (PTA WWU). Sie kooperiert mit dem Institut für Psychologische Psychotherapieausbildung Münster (IPP Münster GmbH). Im Rahmen dieser Kooperation werden Daten gemeinsam verarbeitet. Über die datenschutzrechtliche Dimension der Kooperation besteht eine Vereinbarung zur Regelung der gemeinsamen Verantwortlichkeit gem. Art. 26 DSGVO.

Datenschutzrechtlich Verantwortliche für die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten sind demnach die Westfälischen Wilhelms-Universität Münster sowie das Institut für Psychologische Psychotherapieausbildung Münster (IPP Münster GmbH).

Westfälische Wilhelms-Universität Münster (WWU)
vertreten durch den Rektor,
Prof. Dr. Johannes Wessels,
Schlossplatz 2, 48149 Münster
Tel.: + 49 251 83-0
verwaltung@uni-muenster.de

IPP Münster GmbH
vertreten durch den Geschäftsführer,
Dr. Fabian Andor,
Schorlemerstraße 26, 48143 Münster
Tel.: + 49 251 162 45 687
andor@ipp-muenster.de

2. Name und Anschrift der Datenschutzbeauftragten

Datenschutzbeauftragte der Universität Münster: Nina Meyer-Pachur, Schlossplatz 2, 48149 Münster, Tel.: +49 251 83-22446, E-Mail: datenschutz@uni-muenster.de

Datenschutzbeauftragter des IPP Münster: Stefan Staub, Verimax GmbH, Warndtstr. 115, 66127 Saarbrücken, Tel. +49 89 8006578-12, E-Mail: stefan.staub@verimax.de

3. Datenverarbeitung im Rahmen der Kontaktaufnahme für wissenschaftliche Studien

a) Umfang der Datenverarbeitung

Im Falle Ihrer Einwilligung verarbeiten wir folgende Daten:

1. Vorname, Nachname
2. Geburtsdatum
3. Telefonnummer (ggf. Email-Adresse)
4. Angaben zu ihrem persönlichen Anliegen aus der Sprechstunde
5. Ggf. Verdachtsdiagnose, die in der Sprechstunde gestellt wurde

b) Zweck der Datenverarbeitung

Die Verarbeitung Ihrer oben genannten personenbezogenen Daten dient dazu, im Falle einer inhaltlichen Passung ihres Anliegens/der gestellten Verdachtsdiagnose und eines unserer aktuellen wissenschaftlichen Forschungsprojekte, Kontakt mit Ihnen aufnehmen zu können. Die oben genannten personenbezogenen Daten werden dabei sowohl verwendet, um die Passung zu überprüfen, als auch, um Kontakt zu Ihnen aufzunehmen.

c) Rechtsgrundlage für die Verarbeitung personenbezogener Daten

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer oben genannten personenbezogenen Daten durch die WWU ist Ihre Einwilligung (Art. 6 Abs. 1 Satz 1 lit. a DSGVO).

4. Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten

Ihre oben genannten personenbezogenen Daten, werden an folgende Empfänger weitergegeben:

Empfänger innerhalb der WWU & des IPP: Mitarbeiter*innen der Psychotherapie-Ambulanz der WWU und der IPP Münster GmbH, Mitarbeiter*innen der Arbeitseinheit klinische Psychologie und Psychotherapie des Fachs Psychologie der WWU.

Empfänger außerhalb WWU & IPP: keine

5. Speicherung der Daten

Ihre oben genannten personenbezogenen Daten werden im Falle Ihrer Einwilligung zu diesem Zweck nur so lange verarbeitet, wie sie für die oben genannten Zwecke benötigt werden. Wenn Sie Ihre Einwilligung widerrufen, dürfen sie für diesen Zweck nicht mehr verwendet werden und werden gelöscht, wenn keine rechtliche Grundlage aufgrund eines anderen Zweckes (z.B. Behandlungsvertrag) besteht.

6. Ihre Rechte

Sie haben ein Recht auf Auskunft über Ihre verarbeiteten personenbezogenen Daten (Art. 15 DSGVO), ein Recht auf Berichtigung Ihrer personenbezogenen Daten (Art. 16 DSGVO), ein Recht auf Löschung (Art. 17 DSGVO), ein Recht auf Einschränkung der Verarbeitung (Art. 18 DSGVO) und ein Recht auf Widerruf Ihrer Einwilligung (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).

Außerdem haben Sie das Recht, Beschwerde bei der Aufsichtsbehörde einzulegen. Zuständige Aufsichtsbehörde ist die Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit Nordrhein-Westfalen, Postfach 20 04 44, 40102 Düsseldorf, Tel.: 0211/38424-0, E-Mail: poststelle@ldi.nrw.de

Einwilligungserklärung

Mit Ihrer Einwilligung erklären Sie, dass wir Ihre oben unter 3.a) genannten personenbezogenen Daten erheben und weiterverarbeiten dürfen für die unter 3.b) genannten Zwecke. Sie haben das Recht, Ihre Einwilligung jederzeit gegenüber dem Verantwortlichen zu widerrufen. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitung nicht berührt.

Hiermit willige ich freiwillig in die Erhebung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten ein. Ich bin über den Umfang und Zweck der Datenerhebung und Datenverarbeitung sowie über mein Widerrufsrecht informiert worden und habe alles verstanden. Ich hatte genügend Zeit für die Entscheidung.

Hiermit willige ich ein.

Ich möchte in der Sprechstunde noch einmal darüber sprechen, bevor ich mich entscheide, ob ich eine Einwilligung gebe.

Ich möchte keine Einwilligung geben

Ort, Datum

Vor- Nachname

Unterschrift Einwilligende*r