

Damit die Praxis mit Ihnen Kontakt aufnehmen darf, z.B. wenn der Therapeut einen Termin verschieben muss, müssen Sie festlegen, auf welche Art und Weise die Praxis Sie kontaktieren darf.

## Erlaubnis zur Kontaktaufnahme

Hiermit erkläre ich, Vorname, Name, Geburtsdatum: \_\_\_\_\_, dass die Praxis für Psychotherapie Dipl.-Psych. Michael Cramer über folgende Kommunikationswege mit mir Kontakt aufnehmen darf:

1. Mobiltelefon: \_\_\_\_\_ (Bitte Rufnummer eintragen, falls erwünscht.)

2. E-Mail: \_\_\_\_\_ (Bitte E-Mail-Adresse eintragen, falls erwünscht.)

Ich nehme zur Kenntnis und bin damit einverstanden, dass der E-Mail-Kontakt zur Praxis nicht verschlüsselt erfolgt und sende Daten und Informationen per E-Mail auf eigene Gefahr. Ich bin damit einverstanden, von der Praxis eine Antwort per E-Mail zu erhalten, die ebenfalls nicht verschlüsselt gesendet wird.

3. Festnetz: \_\_\_\_\_ (Bitte Rufnummer eintragen, falls erwünscht.)

Ich nehme zur Kenntnis und bin damit einverstanden, dass andere Personen außer mir den Anruf der Praxis am Festnetztelefon entgegen nehmen können (z.B. Mitbewohner\*innen) und erlaube der Praxis, sich als Praxis für Psychotherapie zu melden und nach mir zu fragen. Ich entbinde die Praxis insofern von der Schweigepflicht.

4. Post: \_\_\_\_\_ (Bitte Adresse eintragen, falls erwünscht.)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ich nehme zur Kenntnis und bin damit einverstanden, dass andere Personen auf der Briefpost den Absender „Praxis für Psychotherapie Dipl.-Psych. Michael Cramer“ lesen könnten (z.B. Mitbewohner\*innen) und erlaube der Praxis trotzdem mir Briefpost zu senden.

Ich habe verstanden, dass ich die erteilte Erlaubnis jederzeit mündlich oder schriftlich mit sofortiger Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Bad Wörishofen, Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

# Datenschutzerklärung

Hiermit bestätige ich, Vorname, Name, Geburtsdatum: \_\_\_\_\_,  
dass ich die aktuelle Datenschutzerklärung der Praxis für Psychotherapie Dipl.-Psych. Michael Cramer  
unter dem Link <https://www.praxiscramer.de/j/privacy> zur Kenntnis genommen und verstanden  
habe und mit den dort beschriebenen Regelungen und Vorgehensweisen einverstanden bin.

Bad Wörishofen, Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

# Verschwiegenheitserklärung

Hiermit verpflichte ich, Vorname, Name, Geburtsdatum: \_\_\_\_\_,  
mich zur Verschwiegenheit über andere Patientinnen und Patienten, von denen ich Kenntnis erhalte.

## **Wartezimmerkontakte**

Ich verpflichte mich zur Verschwiegenheit über andere Patientinnen und Patienten, denen ich zufällig  
in der Praxis (z.B. im Wartezimmer) oder im Praxisgebäude begegne. Als Patientin bzw. Patient der  
Praxis für Psychotherapie Dipl.-Psych. Michael Cramer werde ich niemals Informationen, die andere  
Patientinnen oder Patienten betreffen, an außenstehende Dritte weitergeben, nicht einmal die  
Information, dass ich eine bestimmte Person in der Praxis gesehen habe.

## **Gruppentherapie**

Die Bereitschaft, sich mit persönlichen Lebenserfahrungen, Gedanken und Gefühlen in die  
Gruppenpsychotherapie einzubringen, setzt einen geschützten Rahmen voraus, in dem ein  
vertraulicher Umgang mit den von den Gruppenmitgliedern anvertrauten Informationen  
sichergestellt ist. Als Teilnehmerin bzw. Teilnehmer einer Gruppentherapie verpflichte ich mich daher  
dazu, Informationen, die einzelne Teilnehmerinnen oder Teilnehmer oder die Gruppe insgesamt  
betreffen, nicht an außenstehende Dritte weiterzugeben.

**Diese Verpflichtung gilt über den Zeitpunkt meiner Therapie in der Praxis für Psychotherapie Dipl.-  
Psych. Michael Cramer hinaus und sie gilt auch für meinen Kontakt zu bereits ausgeschiedenen  
Gruppenmitgliedern oder anderen ehemaligen Patientinnen und Patienten der Praxis. Auch ihnen  
werde ich nichts erzählen und mich an diese Verschwiegenheitserklärung strikt halten.**

Bad Wörishofen, Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

# Regelung bei Terminabsagen und Terminausfällen

Hiermit treffe ich, Vorname, Name, Geburtsdatum: \_\_\_\_\_,  
mit der Praxis für Psychotherapie Dipl.-Psych. Michael Cramer folgende vertragliche Vereinbarung:

Sollte ich verhindert sein, einen Termin verschieben oder absagen müssen, dann kann ich das über folgende Kommunikationswege tun: E-Mail schreiben an **mail@praxiscramer.de**, telefonisch eine Nachricht hinterlassen unter **08247-90300**, Fax senden an 08247-90301, einen Brief schreiben an Praxis für Psychotherapie Michael Cramer, Karwendelweg 18, 86825 Bad Wörishofen.

Ich habe verstanden, dass Absagen oder Terminverschiebungen, die **bis 48 Stunden** vor dem vereinbarten Termin in der Praxis eingehen, für mich **kostenfrei** sind.

Ich habe aber auch verstanden, dass psychotherapeutische Praxen aufgrund ihrer Zeitgebundenheit der psychotherapeutischen Sitzungen nach einem strikten Bestellsystem arbeiten, was bedeutet, dass zu jedem **Einzeltherapietermin** nur eine Person einbestellt wird. Bei einer Absage unter 48 Stunden vor dem Termin wird die Nachbesetzung des Termins sehr schwierig und scheitert möglicherweise. In diesem Fall entsteht der Praxis durch den Terminausfall ein finanzieller Verlust. Bei Nichterscheinen ist eine Nachbesetzung des Termins aufgrund des strikten Bestellsystems schlechterdings nicht möglich (es sitzt niemand im Wartezimmer, der einspringen könnte), sodass auf jeden Fall ein finanzieller Schaden für die Praxis entsteht.

Ich habe auch verstanden, dass im Fall der Absage der Teilnahme an einem Termin für die **Gruppentherapie** eine Nachbesetzung mit einem andern Patienten grundsätzlich nicht möglich ist, weil es sich um feste Gruppentherapieplätze für zuvor konkret benannte und namentlich angemeldete Patienten handelt. Im Fall der Absage der Teilnahme an einem Termin für die Gruppentherapie entsteht der Praxis also in jedem Fall ein finanzieller Schaden, da die Praxis mit der Anzahl der Teilnehmer kalkuliert und der feste Therapieplatz selbst bei rechtzeitiger Absage nicht nachbesetzt werden kann.

Auch habe ich verstanden, dass die Abrechnung einer nicht stattgefundenen psychotherapeutischen Sitzung bei dem zuständigen Kostenträger einen Versicherungsbetrug darstellt und dass dieses Vorgehen daher ausgeschlossen ist. Zudem liegt es nicht in der Verantwortung der Gemeinschaft der Versicherten für meine Versäumnisse aufzukommen, sondern in meiner eigenen. Und schließlich sehe ich auch ein, dass die Praxis für Psychotherapie Dipl.-Psych. Michael Cramer nicht das Ausfallrisiko für Situationen übernehmen kann, die in meinem Leben auftreten (eigene Krankheit, Kind krank, Auto defekt, Bus fährt nicht, Babysitter fällt aus, ich muss an der Arbeit einspringen, komme nicht aus einer Besprechung heraus, usw.) und einen Grund für eine Terminverschiebung oder Terminabsage darstellen können.

Deshalb verpflichte ich mich dazu, der Praxis für Psychotherapie Dipl.-Psych. Michael Cramer, unabhängig vom Grund meiner Terminabsage, ein Ausfallhonorar zu zahlen, sollte ich **später als 48 Stunden** vor dem vereinbarten Einzeltherapietermin absagen und eine Nachbesetzung des Termins durch die Praxis nicht mehr möglich sein. Sollte ich zu einem Einzeltherapietermin ohne vorherige Absage nicht erscheinen, zahle ich in jedem Fall ein Ausfallhonorar. Sollte ich einen Gruppentherapietermin **später als 48 Stunden** vor dem Termin absagen oder zu einem solchen nicht erscheinen, zahle ich ebenfalls in jedem Fall ein Ausfallhonorar.

Mir ist bewusst, dass die Praxis für Psychotherapie Dipl.-Psych. Michael Cramer die Möglichkeit anbietet, videogestützte Einzelsitzungen im Sinne einer Fernbehandlung in Anspruch zu nehmen, sodass manche kurzfristig eingetretene Situationen nicht zwingend zu einem Terminausfall führen müssen. Dazu muss ich aber *vor dem Eintreten eines solchen Falls* die Einverständniserklärung für die Durchführung von Videositzungen unterschrieben und in der Praxis hinterlegt haben.

Die Höhe des von mir zu zahlenden Ausfallhonorars beträgt **60% des Honorars**, das die Praxis für Psychotherapie Dipl.-Psych. Michael Cramer mit dem zuständigen Kostenträger gemäß EBM bzw. GOP/GOÄ im Falle des Stattfindens der Einzelsitzung bzw. meiner Teilnahme an der Gruppensitzung hätte abrechnen können.

Bad Wörishofen, Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

# Information und Einwilligung zu Psychotherapeutischen Videositzungen

Hiermit erkläre ich, Vorname, Name, Geburtsdatum: \_\_\_\_\_,  
dass ich die folgenden Informationen gelesen und verstanden habe und willige hiermit ich in die Durchführung von psychotherapeutischen Videositzungen unter den im Folgenden genannten Voraussetzungen ein, zu deren strikter Erfüllung ich mich hiermit ausdrücklich verpflichte. Die Informationen unter <https://www.praxiscramer.de/videosprechstunde/> habe ich ebenfalls gelesen und verstanden. Diese Einwilligung kann ich jederzeit mündlich oder schriftlich widerrufen.

## **Für Videositzungen gelten folgende Regelungen:**

1. Psychotherapeutische Leistungen können in bestimmten Fällen als Videositzung oder Videosprechstunde erbracht werden, wenn die Leistung nicht den unmittelbaren persönlichen Kontakt erforderlich macht. Diese Entscheidung erfolgt gemeinsam (Patient\*in und Therapeut) unter Berücksichtigung des individuellen Krankheitsgeschehens und der Lebensumstände der/des Patient\*in.
2. Die Videositzung wird ausschließlich von dem Psychotherapeuten durchgeführt.
3. Für die psychotherapeutischen Videositzungen und Videosprechstunden wird ein von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) zertifizierter Anbieter genutzt, der eine technisch sichere Ende-zu-Ende-Verschlüsselung vorhält. Die Inhalte der Sitzung können durch den Videodienstanbieter weder eingesehen noch gespeichert werden.
4. Psychotherapeutische Videositzungen finden in ruhigen, geschlossenen Räumen statt, die eine angemessene Privatsphäre und Vertraulichkeit sicherstellen. Diese Bedingung muss die/der Patient\*in in ihrem/seinen Umfeld für die Dauer der Sitzung erfüllen.
5. Zu Beginn einer Videositzung oder Videosprechstunde müssen beide Seiten alle im Raum anwesenden Personen vorstellen. Es dürfen sich nur diejenigen Personen im Raum aufhalten, die zuvor gemeinsam verabredet worden sind.
6. Die Videositzung darf von keiner/m Teilnehmer\*in mitgeschnitten oder gespeichert werden. Die/Der Patient\*in verpflichtet sich hiermit dazu, sich daran strikt zu halten.
7. Der Patientin /Dem Patienten ist bewusst, dass der Datenschutz in der psychotherapeutischen Videositzung auch davon abhängt, wie gut ihr/sein Endgerät (Tablet, PC, Smartphone,...) abgesichert ist. Schadprogramme können Videoübertragungen aufzeichnen und weiterleiten. Zum Schutz gehören deshalb u.a. ein aktuelles Betriebssystem und ein aktuelles Viren- und Malwareschutzprogramm sowie eine aktivierte Firewall. Für die Sicherheit Ihres Endgerätes ist allein die Patientin/der Patient selbst verantwortlich.

Bad Wörishofen, Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

# Information und Einwilligung zu Psychologischen Online-Testungen

1. Psychologische Testungen mithilfe von standardisierten Fragebögen und/oder Testaufgaben gehören zu jeder professionellen psychologischen Diagnostik dazu. Es ist ein diagnostisches Routineverfahren, ähnlich wie regelmäßig die Blutwerte beim Hausarzt bestimmen zu lassen.
2. In der Praxis für Psychotherapie Michael Cramer wird eine psychologische Testung im Zusammenhang mit dem Erstgespräch durchgeführt und dann mindestens halbjährlich im Verlauf einer Therapie, bei Bedarf auch häufiger. Die Ergebnisse werden dann jeweils mit Ihnen besprochen.
3. In der Praxis für Psychotherapie Michael Cramer werden die notwendigen psychologischen Testungen als Online-Testverfahren durchgeführt. Für psychologische Online-Testungen nutzt die Praxis die professionelle psychologische Testplattform von Hogrefe (HTS). Infos dazu auf der Seite [www.testzentrale.de](http://www.testzentrale.de).
4. Auf der Online-Testplattform HTS hinterlegt die Praxis für Psychotherapie Michael Cramer lediglich Ihr Geburtsdatum, Ihr Geschlecht und Ihren Nachnamen. Diese Daten werden genutzt, um Ihre Testungen anlegen (Nachname) und durchführen zu können sowie um den Vergleich Ihrer Ergebnisse mit denen geschlechts- und/oder altersspezifischer Normgruppen (Geschlecht, Geburtsdatum) zu ermöglichen.
5. Zur Durchführung einer Online-Testung erhalten Sie von der Praxis per E-Mail einen Link, mit dem Sie Zugang zu dem geschützten Testbereich erhalten, in dem Sie die für Sie vorbereiteten Tests absolvieren. Ihre Angaben werden auf der Hogrefe-Plattform gespeichert und automatisch von einem Computer verarbeitet und ausgewertet.
6. Sobald Sie nicht mehr Patientin/Patient der Praxis sind, werden Ihre Daten von der Hogrefe-Plattform wieder gelöscht.

Hiermit erkläre ich, Vorname, Name, Geburtsdatum: \_\_\_\_\_,  
dass ich die oben stehenden Informationen gelesen und verstanden habe und willige hiermit in die Durchführung von psychologischen Online-Testungen unter den oben genannten Voraussetzungen ein. Ich verpflichte mich dazu, die Tests innerhalb weniger Tage nachdem ich von der Praxis die Aufforderung per E-Mail erhalten habe, gewissenhaft zu bearbeiten. Ich erlaube, dass die Praxis für Psychotherapie Michael Cramer mir den Link für die Online-Testungen jeweils an folgende E-Mail-Adresse sendet:

E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

Diese Einwilligung kann ich jederzeit mündlich oder schriftlich widerrufen.

Bad Wörishofen, Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

# Fragebogen für das Erstgespräch

Bitte nehmen Sie sich Zeit, den vorliegenden Fragebogen sorgfältig auszufüllen. Bitte bringen Sie ihn vollständig ausgefüllt zur psychotherapeutischen Sprechstunde mit. Alle Angaben werden selbstverständlich streng vertraulich im Rahmen der Schweigepflicht behandelt. Den ausgefüllten Fragebogen sollten Sie sich für Ihre eigenen Unterlagen fotokopieren. Herzlichen Dank!

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

## **Bitte unterstreichen Sie die Symptome, unter denen Sie aktuell leiden:**

Einschlafstörungen; Durchschlafstörungen; Panikattacken/Todesangst; Druck- oder Engegefühl auf/in der Brust; Früherwachen (1-2 Stunden früher als gewohnt); Müdigkeit; Appetit vermindert; Appetit vermehrt; Durst vermehrt; Sexualität vermindert; verstärkter Speichelfluss; Mundtrockenheit; Übelkeit; Erbrechen; Magenbeschwerden; Verstopfung; Durchfall; Atembeschwerden; vermehrtes Schwitzen; Probleme beim Wasserlassen; Menstruationsstörungen; Kopfdruck; Schwindel; Rückenbeschwerden; Schweregefühl in den Beinen; Hitzegefühl; Frösteln.

Konzentrationsstörungen, Merkfähigkeitsstörungen, Gedächtnisstörungen, grübeln, verlangsamtes Denken, beschleunigtes Denken, Gedankenabreißen, Misstrauen; Angst davor, eine schlimme körperliche Erkrankung zu haben, obwohl die Ärzte nichts finden; Ängste vor Höhe, Enge, Menschen, Autofahren, Tunneln, Herzinfarkt, Ohnmacht, (welche noch?); Zwänge, immer wieder dasselbe tun zu müssen (was?); Dinge sehen oder hören können, die andere nicht wahrnehmen können; Eindruck, dass die eigenen Gedanken fremd sind oder entzogen werden; Eindruck, dass Dinge um einen herum nicht real sind oder Körper und Geist keine Einheit mehr bilden; Eindruck, dass sich eine schlimme Situation von früher jetzt gerade wiederholt; sich aufdrängende Erinnerungen/Bilder an schlimme Situationen aus der Vergangenheit; Ratlosigkeit, Gefühllosigkeit, Deprimiertheit, Hoffnungslosigkeit, Ängstlichkeit, Euphorie, Gereiztheit, innerliche Unruhe, Gefühle von Wertlosigkeit oder nicht gut genug sein; gesteigertes Selbstwertgefühl; Verarmungsgefühle; Unschlüssigkeit/Ambivalenz; verringerter Antrieb; gesteigerter Antrieb; morgens schlechter; abends schlechter; abends besser; sozialer Rückzug; soziale Umtriebigkeit; Aggressivität; Gedanken, sich das Leben zu nehmen; Selbstverletzungen; Suizidversuche.

Seit wann bestehen diese Symptome? \_\_\_\_\_

Könnten Ihre Symptome mit Ihrem Zyklus, hormonellen Verhütungsmitteln oder den Wechseljahren zusammenhängen?

Sind Sie derzeit arbeitsunfähig? Wegen welcher Diagnose? Seit wann? \_\_\_\_\_

Name Ihrer Hausärztin / Ihres Hausarztes: \_\_\_\_\_

Andere Behandler/innen: \_\_\_\_\_

Haben Sie körperliche Erkrankungen (z.B. Schilddrüsenüber-/unterfunktion)? Welche? Seit wann?

Nehmen Sie Medikamente? Falls ja: Welche? Seit wann? Welche Dosierung? Nebenwirkungen?

Konsumieren Sie Alkohol und/oder Drogen? Welche? Seit wann?

Haben Sie besondere Ernährungsgewohnheiten (Veganer, Diät, Fast-Food,...)? Welche? Seit wann?

Wie viele Stunden schlafen Sie pro Nacht? Ist der Schlaf erholsam?

Welche Entspannungsverfahren kennen Sie? Welche nutzen Sie? Wie oft in der Woche?

Waren Sie oder sind Sie bereits in ambulanter oder stationärer psychotherapeutischer, psychosomatischer oder psychiatrischer Behandlung? Falls ja: Wo und in welchem Zeitraum? Bitte bringen Sie vorhandene Unterlagen wie Arztbriefe, Klinik-/Rehaberichte, Gutachten, usw. mit. Vielen Dank.

Haben Sie im Rahmen Ihrer bisherigen Behandlung Hypnotherapie / Hypnose genutzt?