



Hinweise für PatientInnen, die sich in der Ambulanz anmelden möchten

Die psychotherapeutische Ambulanz gehört zur Bremer Ausbildungsstätte für ärztliche und psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit Schwerpunkt Verhaltenstherapie. Verhaltenstherapie beinhaltet, neben der Erforschung von Ursachen und Entstehung Ihrer Problematik, dass wir Ihnen Methoden an die Hand geben, um besser mit Ihrer Situation zurechtzukommen. Das bedeutet für Sie, sich aktiv in den Behandlungsprozess einzubringen und die therapeutischen Empfehlungen umzusetzen.

Unsere TherapeutInnen haben ausnahmslos das Studium der Psychologie abgeschlossen bzw. die ärztliche Approbation erworben. Ihre Behandlung erfolgt nach den üblichen Richtlinien einer Kassenpraxis und wird durch erfahrene TherapeutInnen beratend begleitet (Supervision). Wir sind für alle gesetzlichen Kassen zugelassen.

So melden Sie sich bei uns an:

- Füllen Sie den beiliegenden Anmeldebogen mit **allen Anlagen** bitte sorgfältig aus und senden Sie diesen bitte an uns zurück.

Bitte beachten Sie: Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich einverstanden, dass Ihre Therapiesitzungen durch digitale Geräte aufgezeichnet werden. Diese Aufnahmen benötigen wir für die Supervision Ihrer Behandlung. Auf diese Weise können Sie sicher sein, dass alles in Erwägung gezogen wird, was für Ihren Therapieerfolg hilfreich ist.

- Bitte unbedingt beachten: Termine für das Erstgespräch können zum jetzigen Zeitpunkt leider noch nicht vergeben werden. Wir setzen Sie auf unsere Warteliste und werden uns zu gegebener Zeit zwecks Terminvereinbarung mit Ihnen in Verbindung setzen und bitten daher um Ihr Verständnis, dass es möglicherweise zu erheblichen Wartezeiten kommen kann.

Sie erreichen unsere Ambulanzkoordination: **Telefonnr. 0421-276598-106**

montags, dienstags und donnerstags von 9 - 12 Uhr

mittwochs von 9 - 11 Uhr

Sie hören eine Bandansage, wenn der Anschluss besetzt ist. Da Sie hier keine Nachricht hinterlassen können, bitten wir um wiederholte Anrufversuche.

- Zu diesem Erstgespräch mit unserem Ambulanzleiter Herrn Dr. med. Rödl bringen Sie bitte Folgendes mit:

☞ Ihre elektronische Gesundheitskarte,

☞ die Überweisung durch eine niedergelassene Ärztin (Hausärztin / Fachärztin) oder einen niedergelassenen Arzt (Hausarzt / Facharzt). Achtung: Ohne Überweisung und ohne Chipkarte kann das Erstgespräch nur stattfinden, wenn die/der PatientIn unterschreibt, dass innerhalb einer Woche die Karte und/oder Überweisung nachgereicht werden, ansonsten muss das Erstgespräch privat von Ihnen gezahlt werden! (Siehe Formular in der Anlage)

☞ Wenn vorhanden, bringen Sie Befunde zu eventuellen Vorbehandlungen bitte in Kopie zum Erstgespräch mit oder fügen diese der Anmeldung bei.

- Im Erstgespräch beschreiben Sie bitte Ihre Beschwerden, Symptome und sonstigen Faktoren, die Sie dazu veranlasst haben, eine Psychotherapie beginnen zu wollen. Wenn Ihre Beschwerden psychotherapeutisch behandelbar sind und Sie zu einer aktiven Mitarbeit bei der Bewältigung Ihrer Probleme bereit sind, wird sich eine/einer unserer AmbulanztherapeutInnen eine Weile nach dem Erstgespräch zur Terminvereinbarung bei Ihnen melden.

Wir wünschen Ihnen eine erfolgreiche Therapie und gutes Gelingen für Ihr Vorhaben!

Dipl.-Psych. Dr. phil. Susanne Al-Wiswasi
Psychologische Psychotherapeutin
(auch für Kinder- und Jugendliche)
Institutsleiterin

Dr. med. Christian Rödl
Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie
Ambulanzleiter



nivt

Norddeutsches Institut für
Verhaltenstherapie e.V.

Staatlich anerkannte Ausbildungsstätte

Bitte per Post zurücksenden!

An
Norddeutsches Institut
für Verhaltenstherapie
Bredenstraße 11
28195 Bremen

ANMELDEBOGEN - bitte SELBSTÄNDIG und sehr sorgfältig ausfüllen!

Name: _____ Vorname: _____

Geschlecht: männlich weiblich divers Geb.-Datum: _____ Familienstand: _____

Str./Hausnr.: _____ PLZ: _____ Ort: _____

Tel. privat: _____ Tel. dienstl.: _____ Handy: _____

Schulabschluss: _____ derzeit ausgeübte Tätigkeit: _____

Sind Sie derzeit arbeitsunfähig? JA NEIN

Wenn ja: seit wann? _____

Haben Sie einen Rentenantrag gestellt? JA NEIN

Sind Sie bereits berentet? JA NEIN

Wenn ja, Rentenform: _____

Sie sind gesetzlich krankenversichert privat krankenversichert Die Anmeldeunterlagen werden an eine/einen KollegIn in Privatpraxis und Mitarbeitende des NIVT weitergegeben. Hiermit erklären Sie sich mit dieser Anmeldung ausdrücklich einverstanden)

Ihnen wurde die Kostenübernahme der Psychotherapie durch eine Berufsgenossenschaft schriftlich zugesichert
JA NEIN

Welche Ärztin oder welcher Arzt kümmert sich um Sie?
(Name der Ärztin/des Arztes) _____

Haben Sie schon einmal AMBULANTE Psychotherapie gemacht? JA NEIN

Wenn JA, von wann bis wann? _____ Wie viele Stunden? _____

Bei wem? _____

Welche Therapieform?
Verhaltenstherapie tiefenpsychologisch Psychoanalyse Systemische Therapie

Wenn Sie die Therapie abgebrochen (nicht regulär beendet) haben, begründen Sie den Abbruch ausführlich auf der nächsten Seite!

Sind Sie damit einverstanden, neben der Einzeltherapie eine ergänzende Gruppentherapie durchzuführen?
JA NEIN

Wurden Sie bereits STATIONÄR psychotherapeutisch behandelt? JA NEIN

Wenn JA: Legen Sie dieser Anmeldung bitte alle bei Ihnen vorhandenen Berichte darüber bei und/oder bitten Sie Ihre Ärztin/Ihren Arzt, uns alle bei ihm vorliegenden Berichte über die stationäre/n Behandlung/en zu schicken.

Ich weiß, dass es sich beim NIVT um ein Ausbildungsinstitut handelt, das der Qualitätssicherung verpflichtet ist. Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich einverstanden, dass Therapiesitzungen durch digitale Geräte aufgenommen und zum Zwecke der Supervision verwendet werden. Die Aufnahmen werden nach ihrer Verwendung, spätestens nach vier Wochen, gelöscht. Ferner erkläre ich mich einverstanden, dass die während des Therapieprozesses erhobenen Daten anonym wissenschaftlich ausgewertet werden. Ich weiß, dass die Behandlung nur mit gültiger Überweisung und Krankenkassenkarte stattfinden kann. Sollten Überweisung/Krankenkassenkarte nicht vorliegen, verpflichte ich mich mit meiner Unterschrift zur Nachreichung binnen einer Woche und bin einverstanden, die entstandenen Kosten anderenfalls privat zu zahlen.

Achtung: Ohne diese Einverständniserklärung kann im NIVT leider keine Behandlung begonnen werden.

Ort: _____ Datum: _____

Unterschrift der Patientin/des Patienten
bzw. ihrer/seiner gesetzlichen Vertretung * _____

* Ihre Einwilligung können Sie jederzeit widerrufen. Durch den Widerruf wird die Rechtmäßigkeit, der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung der Daten nicht berührt. Den Widerruf können Sie schriftlich richten an: NIVT, Bredenstraße 11, 28195 Bremen.

Bitte beschreiben Sie genau Ihre **jetzigen Beschwerden!** (Sie können gerne ein separates Blatt verwenden)

Beschwerden: _____

Bitte beschreiben Sie auch, mit welchen **Zielen** Sie Ihre Behandlung anstreben!

Ziele: _____

Entbindung von der Schweigepflicht

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Wohnadresse: _____

Bitte kreuzen Sie an, ob Sie die Zusendung eines Berichtes wünschen oder nicht!

- Das Erstgespräch mit der Ambulanzleitung des NIVTs wird in einem Bericht dokumentiert. Ich entbinde die Ambulanzleitung von der Schweigepflicht und wünsche die Zusendung des Berichtes an meine Hausärztin/Fachärztin oder meinen Hausarzt/Facharzt an folgende Adresse:

Name der Ärztin/des Arztes: _____

Praxisadresse: _____

- Ich wünsche keine Zusendung des Berichtes.

Unterschrift*: _____

Bremen, den _____

* Ihre Einwilligung können Sie jederzeit widerrufen. Durch den Widerruf wird die Rechtmäßigkeit, der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung der Daten nicht berührt. Den Widerruf können Sie schriftlich richten an: NIVT, Bredenstraße 11, 28195 Bremen.



nivt

Norddeutsches Institut für
Verhaltenstherapie e.V.

Staatlich anerkannte Ausbildungsstätte

AbsenderIn:

Termin

Name, Vorname

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Möglichkeiten

Angaben zu Tagen und Tageszeiten, an denen die Therapie stattfinden kann

Die Ambulanz des NIVTs ist geöffnet von Mo – Fr. 8.00 bis 18.00 Uhr. Bitte teilen Sie uns die größtmögliche Auswahl an Zeiten mit, zu denen Sie die Therapie durchführen können. Damit erleichtern Sie die Zuordnung zu einer Therapeutin/einem Therapeuten.

Wochentag/ Zeit

Wann könnten Sie die Therapie **auf keinen Fall** durchführen?

Wochentag/ Zeit

Arbeiten Sie im Schichtbetrieb?

ja

nein

Wenn ja, in welchen Schichten arbeiten Sie?

Wochentag/ Schicht / Zeit