

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
 Team Anwendungsbetreuung
 Koordinationsstelle Psychotherapie
 Frohsinnstr. 2
 86150 Augsburg

Fax 08 21 / 32 56 – 2 44
 Tel. 0 89 / 5 70 93 – 44 73

Praxisstempel

Aktualisierungsbogen Psychotherapie

1. Allgemeine Angaben:

LANR:	BSNR:
Name _____	Vorname _____

2. Angaben zu Wartezeiten / freien Plätzen:

	Freie Therapieplätze	Wartezeit (Wochen)	Vormittag	Nachmittag	Abend
<input type="checkbox"/> Analytische Psychotherapie	<input type="checkbox"/> Einzeltherapie Erwachsene	___ Wo.	___ Pl.	___ Pl.	___ Pl.
	<input type="checkbox"/> Gruppentherapie Erwachsene	___ Wo.	___ Pl.	___ Pl.	___ Pl.
	<input type="checkbox"/> Einzeltherapie Kinder/Jugendl.	___ Wo.	___ Pl.	___ Pl.	___ Pl.
	<input type="checkbox"/> Gruppentherapie Kinder/Jugendl.	___ Wo.	___ Pl.	___ Pl.	___ Pl.
<input type="checkbox"/> Tiefenpsychologisch fundierte Therapie	<input type="checkbox"/> Einzeltherapie Erwachsene	___ Wo.	___ Pl.	___ Pl.	___ Pl.
	<input type="checkbox"/> Gruppentherapie Erwachsene	___ Wo.	___ Pl.	___ Pl.	___ Pl.
	<input type="checkbox"/> Paar/Familie	___ Wo.	___ Pl.	___ Pl.	___ Pl.
	<input type="checkbox"/> Einzeltherapie Kinder/Jugendl.	___ Wo.	___ Pl.	___ Pl.	___ Pl.
	<input type="checkbox"/> Gruppentherapie Kinder/Jugendl.	___ Wo.	___ Pl.	___ Pl.	___ Pl.
<input type="checkbox"/> Verhaltenstherapie	<input type="checkbox"/> Einzeltherapie Erwachsene	___ Wo.	___ Pl.	___ Pl.	___ Pl.
	<input type="checkbox"/> Gruppentherapie Erwachsene	___ Wo.	___ Pl.	___ Pl.	___ Pl.
	<input type="checkbox"/> Paar/Familie	___ Wo.	___ Pl.	___ Pl.	___ Pl.
	<input type="checkbox"/> Einzeltherapie Kinder/Jugendl.	___ Wo.	___ Pl.	___ Pl.	___ Pl.
	<input type="checkbox"/> Gruppentherapie Kinder/Jugendl.	___ Wo.	___ Pl.	___ Pl.	___ Pl.
<input type="checkbox"/> Neuropsychologie	<input type="checkbox"/> Einzeltherapie Erwachsene	___ Wo.	___ Pl.	___ Pl.	___ Pl.
	<input type="checkbox"/> Gruppentherapie Erwachsene	___ Wo.	___ Pl.	___ Pl.	___ Pl.
	<input type="checkbox"/> Paar/Familie	___ Wo.	___ Pl.	___ Pl.	___ Pl.
	<input type="checkbox"/> Einzeltherapie Kinder/Jugendl.	___ Wo.	___ Pl.	___ Pl.	___ Pl.
	<input type="checkbox"/> Gruppentherapie Kinder/Jugendl.	___ Wo.	___ Pl.	___ Pl.	___ Pl.
<input type="checkbox"/> Systemische Therapie	<input type="checkbox"/> Einzeltherapie Erwachsene	___ Wo.	___ Pl.	___ Pl.	___ Pl.
	<input type="checkbox"/> Gruppentherapie Erwachsene	___ Wo.	___ Pl.	___ Pl.	___ Pl.
	<input type="checkbox"/> Paar/Familie	___ Wo.	___ Pl.	___ Pl.	___ Pl.

3. Angaben zur kurzfristigen Patientenaufnahme:

- Akutsprechstunde Krisenintervention

4. Optionale Anmerkung:

5. Ort, Datum und Unterschrift:

Ort, Datum

Unterschrift



Datenschutzinformationen: Die Informationen nach Art. 13 und 14 DSGVO finden Sie unter www.kvb.de/datenschutz. Auf Wunsch senden wir Ihnen diese Informationen auch gerne in Textform zu.

Hinweis: Vermittlung freier Therapieplätze an Patienten: **09 21 /88099 - 40410**

Themenschwerpunkte Psychotherapie

Bitte kreuzen Sie Ihre persönlichen Themenschwerpunkte an.

Personengruppen

- | | | | |
|---|--|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Säuglinge | <input type="checkbox"/> Vorschul- und Schulkinder | <input type="checkbox"/> Adoleszente Patienten | <input type="checkbox"/> Senioren |
| <input type="checkbox"/> Behinderte Patienten | <input type="checkbox"/> geistig <input type="checkbox"/> körperlich | <input type="checkbox"/> Sinnesgeschädigte Patienten (alle Sinne) | |
| <input type="checkbox"/> Pflegebedürftige | <input type="checkbox"/> HIV | <input type="checkbox"/> Betreuung nach Krankenhausaufenthalt | |
| <input type="checkbox"/> Aggressionsdelikte | <input type="checkbox"/> Straftäter (ehemalige) / Delinquenz / Therapieaufgabe | | |
| <input type="checkbox"/> Flüchtlinge | <input type="checkbox"/> Migration / interkulturelle Probleme | | |

Behandlungsschwerpunkte (alphabetisch)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Angst / Phobien / Panik | <input type="checkbox"/> Neurotische Störung |
| <input type="checkbox"/> Anpassungsstörung | <input type="checkbox"/> Persönlichkeitsstörung |
| <input type="checkbox"/> Autistische Störung | <input type="checkbox"/> Perversion |
| <input type="checkbox"/> Belastungsreaktion | <input type="checkbox"/> Posttraumatische Belastungsstörung |
| <input type="checkbox"/> Borderline-Syndrom | <input type="checkbox"/> Psychoonkologie |
| <input type="checkbox"/> Burn-out-Syndrom | <input type="checkbox"/> Psychosomatische Störungen |
| <input type="checkbox"/> Depression | <input type="checkbox"/> Psychotische Störungen |
| <input type="checkbox"/> Dissoziales Verhalten | <input type="checkbox"/> Schizophrenie |
| <input type="checkbox"/> Dissoziative Störung | <input type="checkbox"/> Schlafstörung |
| <input type="checkbox"/> Dysmorphophobien | <input type="checkbox"/> Schmerz |
| <input type="checkbox"/> Eltern-Kind-Beziehungsstörung | <input type="checkbox"/> Selbstwertstörung |
| <input type="checkbox"/> Emotionale Störung | <input type="checkbox"/> Sexueller Missbrauch |
| <input type="checkbox"/> Essstörungen | <input type="checkbox"/> Sprachstörungen |
| <input type="checkbox"/> allgemein | <input type="checkbox"/> Sterbebegleitung / Palliativ |
| <input type="checkbox"/> Adipositas | <input type="checkbox"/> Sucht |
| <input type="checkbox"/> Anorexie | <input type="checkbox"/> nicht stofflich (z. B. Spiel, Internet) |
| <input type="checkbox"/> Bulimie | <input type="checkbox"/> stofflich (z.B. Alkohol, Medikamente, Drogen) |
| <input type="checkbox"/> Geschlechtsidentitätsstörung | |
| <input type="checkbox"/> Hyperaktivität / ADS / ADHS | <input type="checkbox"/> Suizidalität |
| <input type="checkbox"/> Kleptomanie | <input type="checkbox"/> Tinnitus |
| <input type="checkbox"/> Lern- und Leistungsstörung | <input type="checkbox"/> Trauerbewältigung |
| <input type="checkbox"/> Müdigkeitssyndrom | <input type="checkbox"/> Trauma |
| <input type="checkbox"/> Narzisstische Störung | <input type="checkbox"/> Wochenbettdepression |
| <input type="checkbox"/> Neuropsychologische Erkrankung | <input type="checkbox"/> Zwangsstörung |

Zusatzangebote (auf spezielle Anfragen)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> EMDR | <input type="checkbox"/> Paare/Familie |
| <input type="checkbox"/> Fehlbildungsdiagnose Schwangerschaft | <input type="checkbox"/> Opfer von Gewalt |
| <input type="checkbox"/> Fertilitätsstörung | <input type="checkbox"/> Religion / Sekten |
| <input type="checkbox"/> Genetische Erkrankungen | <input type="checkbox"/> Systemische Therapie |
| <input type="checkbox"/> Gerichtspsychologie | <input type="checkbox"/> Unerfüllter Kinderwunsch |
| <input type="checkbox"/> Mobbing/berufliche Probleme | <input type="checkbox"/> Verkehrspsychologie |

Fremdsprachen

- englisch französisch türkisch arabisch _____
- Gebärdensprache

Datenerhebung Psychotherapie

1. Telefonische Erreichbarkeit für die Vermittlung der freien Therapieplätze:

2. Praxisbesonderheiten:

- Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen 0 - 6 Jahre 7 - 14 Jahre 15 - 21 Jahre
- Hausbesuche
- Durchführung von Psychotherapie in Fremdsprachen (Fremdsprache bitte angeben)

3. Weitere Angaben / Bemerkungen:

Einverständniserklärung

Die Informationen nach Art. 13 und 14 DSGVO finden Sie unter www.kvb.de/datenschutz. Auf Wunsch senden wir Ihnen diese Informationen auch gerne in Textform zu.

Mir ist bekannt, dass meine vorstehenden Angaben freiwillig erfolgen. Ich bin damit einverstanden, dass die KVB diese Angaben in Verbindung mit Daten aus dem Arztverzeichnis zur Beantwortung von Anfragen von Patienten, Ärzten, Psychotherapeuten und Kostenträgern nach freien Behandlungsplätzen für psychotherapeutische Behandlungen nutzt und dabei folgende Daten weitergibt:

- Titel, Vorname, Name, Praxisanschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)
- Telefon-, Fax-Nummer, E-Mail-Adresse
- Geschlecht
- Homepageadresse
- Sprechstundenzeiten
- angebotene Therapieformen und Methoden
- Kapazitäten für Kriseninterventionen, Akutbehandlungen und Psychotherapeutische Sprechstunden
- Behandlungsschwerpunkte hinsichtlich bestimmter Personengruppen und gesundheitlicher Störungen
- Fremdsprachenkenntnisse
- Praxisbesonderheiten (Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen nach Altersklassen, Hausbesuche)

Diese Einverständniserklärung kann jederzeit widerrufen werden.

Ort, Datum

Unterschrift 

Hinweis

Vermittlung freier Therapieplätze an Patienten: **0921/ 88099 - 40 410**