

WILLKOMMEN BEI INTERPASSUS

1. BITTE KREUZEN SIE **AUF DER RÜCKSEITE ALLE** ANGEBOTE AN, DIE FÜR SIE BEI INTERPASSUS ANHAND IHRER ZIELE INTERESSANT SEIN KÖNNTEN



2. BITTE GEBEN SIE EINIGE ZIELE FÜR DIE ERGOTHERAPIE AN:

Ihre Ziele/ Wünsche an die Ergotherapie/ Schwerpunkte.

Z.B. Tagesstruktur verbessern, Interaktion mit Menschen fördern, Selbstvertrauen stärken, Vorbereitung auf Berufsleben, usw.:

Kurz zum Behandlungshintergrund/ Grundlagen der Verordnungsmenge/-länge:

- ✦ Aufgrund der im Rahmenvertrag vorgesehenen Verordnungsmenge (meist 40 Einheiten) und unserer internen Behandlungsplanung und -struktur, nehmen Sie voraussichtlich max. an:
 - 3 Modulen á 13 Einheiten (=39 EH) oder
 - an 5 Modulen á 7 Einheiten (=35 EH)
auf der Handlungs- und Durchführungsebene teil.
- Zusätzlich sind in der Regel 5-7 Einzeltherapien geplant (1. Termin Aufnahmegespräch+ Zielformulierung, 2.-3. Behandlungsplanung, Differenzierung der Ziele und erstellen des FP (Fahrplanes/Behandlungsplanes). Ebenso zur Evaluation der Therapieergebnisse (+Bericht schreiben) und ggf. eines Abschlussgespräches.
- Bei einer durchschnittlichen Teilnahme 2x wöchentlich, ist somit eine Behandlungsdauer von max. 5 Monaten vorgesehen.
- Nach einer von der Krankenkassen geforderten Unterbrechungszeit von 6 Monaten, ist die Weiterführung der ergotherapeutischen Behandlung jederzeit möglich, falls dies für Sie zielführend und gewünscht ist.

Struktur der Behandlung

anhand der im Rahmenvertrag vorgesehenen Verordnungsmenge (meist 40 Einheiten) und unserer internen Behandlungsplanung:

- ✓ 1. Termin Aufnahmegespräch+ Zielformulierung
- ✓ 1 Termin BHP (Behandlungsplanung): Differenzierung der Ziele und Angebotsplanung
- ✓ 1 Termin Evaluation Anpassung der Behandlung
- ✓ Teilnahme an Gruppen und Parallelbehandlungen
- ✓ Reflektionsgespräch

ANGEBOTSÜBERSICHT INTERPASSUS

| | | |
|--|--|--|
| <p>Immer:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Aufnahmegespräch+ Funktionsanalyse <input type="checkbox"/> 2.Aufnahme <input type="checkbox"/> Behandlungsplanung (BHP: Fahrplan bei IP für 40 EH) <hr/> <p>Strukturgebung+ Arbeitsfähigkeiten</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Anbahnung an Gruppe <input type="checkbox"/> Zielgruppe <input type="checkbox"/> Ziele: Sensi <input type="checkbox"/> GettingThingsDone (GTD) <input type="checkbox"/> Ressourcenmobilisierung Freizeitgestaltung <input type="checkbox"/> Konzentration <input type="checkbox"/> Kontinuitätsgruppe <input type="checkbox"/> Lernen Lernen <hr/> <p>Kreativ</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Kreativwerkstatt <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Laut <input type="checkbox"/> Leise <input type="checkbox"/> Interaktionelle Kreativwerkstatt <input type="checkbox"/> Nähen <input type="checkbox"/> Therapeutisches Schreiben <input type="checkbox"/> Kreatives Schreiben <input type="checkbox"/> Siebdruck <input type="checkbox"/> Jonglage <input type="checkbox"/> Rappen (Texte schreiben, Selbstorganisation, Produktion) | <p>Metakognitives Angebot</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> MKA- Umgang mit AD(H)S im Erwachsenenalter <input type="checkbox"/> MKA ACT (Akzeptanz/Commitment) <input type="checkbox"/> MKA- Raus aus dem Grübeln/ ACT <input type="checkbox"/> MKA Skilltraining <input type="checkbox"/> MKA Emotionsregulation <input type="checkbox"/> MKA Psychoedukation Stressregulation <input type="checkbox"/> Geleitete Körpererigen- wahrnehmung <input type="checkbox"/> Selbstmitgefühl/ Achtsamkeit <input type="checkbox"/> MKA - Generalisierte Ängste & Panik <input type="checkbox"/> MKA - Angst Phobien & Zwänge <input type="checkbox"/> ACT für Berufstätige <input type="checkbox"/> ADHS für Berufstätige <input type="checkbox"/> Schlafhygiene <hr/> <p>Interaktionelle Medien</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Musik <input type="checkbox"/> K.I.R: Kommunikation, Improvisation, Rollenspiel <input type="checkbox"/> Kommunikation: Abgrenzung <input type="checkbox"/> Rollenspiel/Selbstfürsorge <input type="checkbox"/> Selbstliebe/ Selbstbild <input type="checkbox"/> Emotionsregulation <input type="checkbox"/> Lachen, positiv Denken, loslassen | <p>Bereich des Selbstbildes und Fähigkeiten</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Selbstwahrnehmung durch Tanz <input type="checkbox"/> Klangmeditation <input type="checkbox"/> Yoga <input type="checkbox"/> Yin Yoga Kognitives Training mich in Entspannung zu geben, Dehnung <input type="checkbox"/> Aktivierungsgruppe <input type="checkbox"/> Free Motion (freies Tanzen, Emotionen in Bewegung) <input type="checkbox"/> Körperwahrnehmung <input type="checkbox"/> Neurogenes Zittern <input type="checkbox"/> Jin-Shin-Jyutsu <input type="checkbox"/> Ressourcenaktivierung <input type="checkbox"/> Körperzufriedenheit <input type="checkbox"/> Abgrenzung & Selbstempathie <input type="checkbox"/> Selbstfürsorge <input type="checkbox"/> GFK: Einfühlsame Kommunikation <input type="checkbox"/> Inneres Team- Selbstliebe <input type="checkbox"/> Wut- Emotionsregulation <input type="checkbox"/> Sinn- und Selbstfürsorge <input type="checkbox"/> Wunsch- Ich Stärken: Ressourcen nutzen <input type="checkbox"/> Lebe dein Leben Gut Ressourcen erkennen& nutzen <input type="checkbox"/> Übergang in den Alltag |
|--|--|--|

IHRE PRIORISIERUNG DER ANGEBOTE

Bitte suchen Sie sich 3 Angebote aus, benennen Sie dabei, das -für Sie und die Erreichung Ihrer Ziele- Relevanteste zuerst: (z.B. 1.Musik, 2. Achtsamkeit, 3. Kreativbereich)

1. _____
2. _____
3. _____

Anmeldebogen bei Interpassus

Name: _____ Vorname: _____ d/u/w/m: _____

Datum: _____

Geburtsdatum: _____

Aktuelle Anschrift: _____

Ihre E-Mailadresse: _____

Telefon privat: _____

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? (z.B. Ärzt:innen, Träger, Psychotherapeut:innen, usw.): **Empfehlung durch:** _____

ggf. begleitende Person (Name): _____

Schweigepflichtentbindung:

Für den bestmöglichen Therapieerfolg ist eine enge interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Ärzt:innen und den behandelnden Therapeut:innen notwendig. Ich bin daher einverstanden, dass personenbezogene Angaben, ausschließlich zu diesem Zwecke, an die obig benannten Gruppen weitergegeben werden. Die Vergütung & Abrechnung der Verordnung erfolgt über ein akkreditiertes Abrechnungszentrum. Die dazu notwendigen Daten werden ausschließlich zu Abrechnungszwecken verwendet und nicht an unbefugte Dritte weitergereicht.

Datum: _____ Unterschrift: _____

Klient:inneninformation zum Datenschutz Interpassus

1. Zweck der Datenverarbeitung

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen Anamnesen, Diagnosen, Therapievorschläge und Befunde, die wir oder andere rzt:innen erheben. Zu diesen Zwecken können uns auch andere rzt:innen oder Psychotherapeut:innen, bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen (z.B., in Arztbriefen). Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für ihre Behandlung. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann eine sorgfältige Behandlung nicht erfolgen.

2. Empfänger ihrer Daten

Wir übermitteln ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt oder Sie eingewilligt haben. Empfänger ihrer personenbezogenen Daten können vor allem rzt:innen/Psychotherapeut:innen, Kassenarztlliche Vereinigungen, Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, rztelkammer und privatarztlliche Verrechnungsstellen sein. Die Übermittlung erfolgt überwiegend zum Zwecke der Abrechnung der bei Ihnen erbrachten Leistungen, zur Klärung von medizinischen und sich aus Ihrem Versicherungsverhältnis ergebenden Fragen. Im Einzelfall erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechtigte Empfänger.

3. Speicherung Ihrer Daten

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten 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 (z.B. 30 Jahre bei Rontgenaufzeichnungen laut Paragraf 28 Absatz 3 der Röntgenverordnung).

4. Ihre Rechte

Sie haben das Recht, über die Sie 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.

Die Verarbeitung Ihrer Daten 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 Ihrer personenbezogenen Daten nicht regelmäßig erfolgt.

5. Rechtliche Grundlagen

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit Paragraf 22 Absatz 1 Nr. II lit. b) Bundesdatenschutzgesetz. Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich gern an uns wenden.

Der sicherere Umgang mit Ihren Daten ist uns wichtig, daher eine Info/Bitte:

Bitte laden Sie sich die Doctolip-APP herunter, **wir verzichten** auf die Kommunikation mit Whatsapp/signal/ SMS aus Datenschutzgründen.

Falls Sie dies nicht wünschen, halten wir sie an, uns über empfang@interpassus.de Ihr Anliegen zu schreiben, in der Orgazeit vor der Gruppe dies mit dem/der zuständigen Ergotherapeut:in zu besprechen oder uns anzurufen. Danke!

Zur Kenntnis genommen

Vorname, Nachname (in Druckbuchstaben)

Datum: _____

Unterschrift: _____

Datenschutzinformationen zu Doctolib

Für die optimale Terminverwaltung setzen wir das Terminmanagementsystem von Doctolib ein. Doctolib bietet uns einerseits ein modernes Kalendersystem und andererseits unseren Patienten die Möglichkeit, auf der Seite <https://www.doctolib.de/> mit uns Termine online zu vereinbaren. Die Doctolib GmbH (Mehringdamm 51, 10961 Berlin) wird für uns als Auftragsverarbeiter tätig.

Wir nutzen die Doctolib Kalendersoftware für alle unsere Patient:innen, um Termine einheitlich zu verwalten. Doctolib verarbeitet sämtliche Daten nach allen geltenden Datenschutzvorschriften und wendet höchste Sicherheitsstandards an. Für die Terminvereinbarung werden folgende Daten in den Doctolib Kalender eingetragen:

Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift, Telefonnummer, E-Mail Adresse, Hausarzt, Krankenkassenstatus, überweisender Arzt, Besuchsgrund und Terminhistorie.

Ihre Daten werden für die Zwecke der Terminverwaltung erfasst, so wie es auch bisher bei uns der Fall war. Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten sind Art. 6 I b) DSGVO (der Behandlungsauftrag, den Sie unserteilen), Art. 6 I a) DSGVO (Einwilligung für Terminerinnerungen per SMS und E-Mail) und Art. 9 II h) DSGVO (die Zwecke der Gesundheitsvorsorge). Die Daten werden gleichlaufend zu den berufsrechtlichen Aufbewahrungspflichten für die Dauer von 10 Jahren gespeichert.

Es erfolgt keine Weiterleitung der Daten durch Doctolib an kommerzielle Anbieter. Doctolib ist genau wie Ihr Arzt an die Schweigepflicht gebunden. Eine Entbindung von der Schweigepflicht ist nicht erforderlich.

Um Terminausfälle zu vermindern, möchten wir Sie mit Ihrer Einwilligung mittels des Doctolib Kalendersystems per SMS und/oder E-Mail an Ihren Termin erinnern. Wenn Sie keine Erinnerungen mehr erhalten möchten, teilen Sie uns das jederzeit mit und wir stellen die Erinnerungen wieder aus.

Besonderheiten der Online Buchung

Für die Online-Terminbuchung ist ein Doctolib-Nutzerkonto notwendig, hierfür gelten die Datenschutzhinweise von Doctolib.

Für die Anlegung eines Doctolib Nutzerkontos ist die Doctolib GmbH (Mehringdamm 51, 10961 Berlin), Ansprechpartner und Verantwortlicher für die Datenverarbeitung. Rechtsgrundlage hierfür ist Art. 6 Abs. 1, b.) der DSGVO und Art. 9 II h) DSGVO (die Zwecke der Gesundheitsvorsorge).

Einwilligung zu Terminerinnerungen per SMS und/oder E-Mail

Um Terminausfälle zu vermindern, möchten wir Sie mittels des Doctolib Kalendersystems per SMS und/oder E-Mail an Ihren Termin erinnern. Bitte bestätigen Sie mit Ihrer Unterschrift, dass Sie hiermit einverstanden sind. Ebenso, dass Sie am Tag des Termins morgens und vor der Abfahrt zum Termin die Nachrichten/ Mails von Interpassus/ DL checken.

Ja, ich stimme zu

Bei fehlender Zustimmung kann keine Zusammenarbeit stattfinden, der Terminkalender ist schon DL.

Name: _____ Datum: _____

Unterschrift: _____

**Bitte geben Sie den ausgefüllten Anmeldebogen am Empfang ab.
Vielen Dank!**