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

Immer:

- ☐ Aufnahmegespräch+ Funktionsanalyse
- ☐ 2.Aufnahme
- ☐ Behandlungsplanung (BHP: Fahrplan bei IP für 40 EH)

Strukturgebung+ Arbeitsfähigkeiten

- ☐ Alltagskompetenz (Antragstellung, Finanzen, Struktur, Essenspläne)
- ☐ Zielgruppe
- ☐ GettingThingsDone (GTD)
- ☐ Tages- und Wochenstruktur

Kreativ

- ☐ Kreativwerkstatt
  - ☐ Laut
  - ☐ Leise
- ☐ Interaktionelle Kreativwerkstatt
- ☐ Nähen
- ☐ Siebdruck
- ☐ Therapeutisches Schreiben
- ☐ Ressourcenorientiertes Schreiben (themenbasiert: Zukunftsperspektiven, Selbstwahrnehmung, Resilienz)
- ☐ Kunsttherapie Ressourcenmobilisierung
- ☐ Kunsttherapie Emotionsregulation
- ☐ Kunsttherapie Angst
- ☐ Kunsttherapie Neurodivergenz

Metakognitves Angebot

- ☐ Umgang mit AD(H)S im Erwachsenenalter
- ☐ ADHS Frauen/AFAB Personen
- ☐ ACT (Akzeptanz/Commitment)
- ☐ Raus aus dem Grübeln/ ACT
- ☐ Skilltraining
- ☐ Emotionsregulation
- ☐ Resilienz/ Ressourcenmobilisierung
- ☐ Psychoedukation Stressregulation
- ☐ Schlafhygiene
- ☐ Angst/Panik
- ☐ Psychose verstehen (Psychoedukation, Wahrnehmung und Gestaltung)
- ☐ Autismus Spektrum

Interaktionelle Medien

- ☐ Kommunikation: Abgrenzung
- ☐ Kommunikation: Bedürfnisse
- ☐ Kommunikation: Selbstregulation
- ☐ Lachen, positiv Denken, loslassen
- ☐ Selbstliebe

Bereich des Selbstbildes und Fähigkeiten

- ☐ Selbstwahrnehmung durch Tanz
- ☐ Klangmeditation
- ☐ Yoga
- ☐ Yin Yoga (Kognitiv, Dehnung, Alltagsübertragung)
- ☐ Selbstmitgefühl/Achtsamkeit
- ☐ Bewegte Achtsamkeit
- ☐ Free Motion (freies Tanzen, Emotionen in Bewegung)
- ☐ Körperkooperation
- ☐ Selbstregulation
- ☐ Abgrenzung & Selbstempathie
- ☐ Entspannung/Nervensystemregulation (Psychoedukation, Entspannungstechniken, Regulationsplan)
- ☐ Bewusstes Handeln / Umgang mit Automatismen / Konsum / Ablenkung
- ☐ Stärkung des Selbst mit Qigong

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._____

WIR HEIßEN SIE HERZLICH BEI INTERPASSUS WILLLKOMMEN

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: _____

DATENSCHUTZINFORMATION

Stand: Juni 2026

1. Verantwortlicher

Interpassus GmbH

Prenzlauer Allee 87

10405 Berlin

Email: empfang@interpassus.de · Tel. 0176 225096645

2. Welche Daten verarbeiten wir?

Namen, Kontaktdaten (Adresse, Telefon, E-Mail), Geburtsdatum, Krankenkassenstatus, Vorerkrankungen, Diagnosen, Anamnesen, Befunde, Therapiepläne sowie Arztbriefe und Befundberichte anderer Behandler:innen.

3. Zwecke und Rechtsgrundlagen

Die Verarbeitung ist nach Art. 9 Abs. 2 lit. h) DSGVO i. V. m. § 22 Abs. 1 Nr. 1 lit. b) BDSG sowie Art. 6 Abs. 1 lit. b) DSGVO für folgende Zwecke erforderlich:

- Durchführung und Dokumentation der ergotherapeutischen Behandlung
- Abrechnung gegenüber Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen
- Interdisziplinäre Behandlungskoordination mit Ärzt:innen und Psychotherapeut:innen

4. Weitergabe an Dritte

Daten werden nur weitergegeben, soweit gesetzlich erlaubt oder Sie eingewilligt haben:

- Krankenkassen, Kassenärztliche Vereinigungen, Medizinischer Dienst, Abrechnungsstellen
- Behandelnde Ärzt:innen und Psychotherapeut:innen

5. Speicherdauer

Mindestens 10 Jahre nach Behandlungsabschluss (gesetzliche Aufbewahrungspflicht).

6. Hinweise zur Kommunikation

Sichere Kanäle: Bitte nutzen Sie für Kontaktaufnahmen die Doctolib-App, das Telefon oder sprechen Sie uns persönlich in der Orgazeit an. Wir verzichten bewusst auf WhatsApp, Signal und SMS.

Hinweis: E-Mails an empfang@interpassus.de werden ohne Ende-zu-Ende-Verschlüsselung übertragen und können auf dem Übertragungsweg von Dritten eingesehen werden. Bitte senden Sie keine sensiblen Gesundheitsdaten per E-Mail.

7. Ihre Rechte

Sie haben das Recht auf: Auskunft · Berichtigung · Löschung · Einschränkung der Verarbeitung · Datenübertragbarkeit · Widerruf einer Einwilligung für die Zukunft · Beschwerde bei der zuständigen Aufsichtsbehörde (Berliner Beauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit, www.datenschutz-berlin.de).

8. Widerspruchsrecht (Art. 21 DSGVO)

Sie haben das Recht, der Verarbeitung Ihrer Daten jederzeit zu widersprechen, soweit diese auf Art. 6 Abs. 1 lit. e) oder f) DSGVO beruht. Den Widerspruch richten Sie formlos an empfang@interpassus.de.

Zur Kenntnis genommen

Vorname, Nachname (Druckbuchstaben) _____

Datum _____ Unterschrift _____

EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

Bitte alle Abschnitte lesen und am Ende unterschreiben.

A – Schweigepflichtentbindung & Abrechnung

Ich bin einverstanden, dass meine Daten weitergegeben werden für:

- Interdisziplinäre Behandlungskoordination (Arztbriefe, Befunde)
- Abrechnung über ein akkreditiertes Abrechnungszentrum

Eine Weitergabe an unbefugte Dritte erfolgt nicht. Rechtsgrundlage: Art. 9 Abs. 2 lit. h) DSGVO i. V. m. § 22 Abs. 1 Nr. 1 lit. b) BDSG.

B – Terminverwaltung über Doctolib

Ich bin einverstanden, dass meine Daten (Name, Geburtsdatum, Adresse, Telefon, E-Mail, Krankenkassenstatus, überweisender Arzt, Terminhistorie) bei Doctolib GmbH, Mehringdamm 51, 10961 Berlin gespeichert werden. Doctolib ist an die Schweigepflicht gebunden und gibt keine Daten an kommerzielle Anbieter weiter. Speicherdauer: 10 Jahre nach Behandlungsende. Rechtsgrundlage: Art. 6 Abs. 1 lit. b), Art. 9 Abs. 2 lit. h) DSGVO.

C – Terminerinnerungen per SMS und/oder E-Mail (Pflichtfeld)

Ich stimme zu, dass ich per SMS und/oder E-Mail über Doctolib an Termine erinnert werde. Ich verpflichte mich, am Termintag eingehende Nachrichten von Interpassus / Doctolib zu prüfen.

Hinweis: E-Mails von und an empfang@interpassus.de sind nicht Ende-zu-Ende-verschlüsselt. Ich habe diesen Hinweis zur Kenntnis genommen.

☐ Ich stimme Terminerinnerungen per SMS und/oder E-Mail zu.

Hinweis: Ohne diese Zustimmung ist eine Zusammenarbeit leider nicht möglich, da der Terminkalender vollständig über Doctolib läuft.

Gesamtbestätigung

Ich bestätige, alle Abschnitte (A–C) sowie die Datenschutzinformation gelesen und verstanden zu haben.

Vorname, Nachname (Druckbuchstaben) _____

Datum _____ Unterschrift _____

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