

**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 ein Berufsleben, usw.:

---

---

---

---

**Kurz zum Behandlungshintergrund und Grundlagen der Verordnungsmenge:**

✎ Aufgrund der im Rahmenvertrag vorgesehenen Verordnungsmenge (meist 40 Einheiten) und unserer internen Behandlungsplanung und -struktur, nehmen Sie voraussichtlich an

**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 ein Termin Evaluation Anpassung der Behandlung
- ✓ Teilnahme an Gruppen und Parallelsitzungen
- ✓ Reflektionsgespräch

**3. IHRE PRIORISIERUNG DER ANGEBOTE** (von der Rückseite):

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

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

**Vielen Dank fürs Ausfüllen!**

## ANGEBOTSÜBERSICHT INTERPASSUS

<p><b>Immer:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> <b>Aufnahmegespräch+</b> Funktionsanalyse</li> </ul> <hr/> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> <b>2. Termin= Behandlungsplanung</b> (Fahrplan bei IP für 40 EH)</li> </ul> <hr/> <p><b>Strukturgebung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Anbahnung an Gruppe</li> <li><input type="checkbox"/> Kontinuitätstraining / Wochenstrukturgruppe</li> <li><input type="checkbox"/> Zeitmanagementgruppe</li> </ul> <hr/> <p><b>Digitale Medien</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> <b>Audio-Projekt</b></li> <li><input type="checkbox"/> <b>Bildbearbeitung:</b> Grafik/Typographie</li> <li><input type="checkbox"/> <b>Fotografie</b></li> </ul> <hr/> <p><b>Kreativ/ HW/ OA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Kreativwerkstatt (laut u. leise)</li> <li><input type="checkbox"/> offenes Atelier/ freie Malerei</li> <li><input type="checkbox"/> Holzwerkstatt</li> <li><input type="checkbox"/> Siebdruck</li> <li><input type="checkbox"/> Interaktionelle Kreativwerkstatt</li> </ul>	<p><b>Berufliche Orientierung = BO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Orientierungs- und Bewerbungswerkstatt</li> <li><input type="checkbox"/> BOR Talente, Interessen, Rahmenbedingungen</li> <li><input type="checkbox"/> BOA (Achtsamkeit)</li> <li><input type="checkbox"/> Jobcoaching/Recherche, Bewerbungstraining</li> <li><input type="checkbox"/> <b>Angstbewältigung im Arbeitskontext</b></li> </ul> <hr/> <p><b>Metakognitives Angebot =</b> (Strategieentwicklung, Hilfe zur Selbsthilfe, Erlernen von Bewältigungsstrategien für den Alltag)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> MKA- Umgang mit AD(H)S im Erwachsenenalter</li> <li><input type="checkbox"/> MKA- Raus aus dem Grübeln</li> <li><input type="checkbox"/> MKA - Angst und Panik</li> <li><input type="checkbox"/> MKA- Emotionsregulation</li> <li><input type="checkbox"/> MKA ACT Akzeptanz/Commitment</li> <li><input type="checkbox"/> MKA Ressourcenmobilisierung</li> <li><input type="checkbox"/> MKA Skilltraining</li> <li><input type="checkbox"/> Konzentrationstraining</li> </ul>	<p><b>Bereich des Selbstbildes</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> <b>Bewegung und Entspannung</b></li> <li><input type="checkbox"/> <b>Bewegung und Achtsamkeit</b></li> <li><input type="checkbox"/> <b>Tanztherapie</b></li> <li><input type="checkbox"/> <b>Free Motion</b> (freies Tanzen, Emotionen in Bewegung)</li> <li><input type="checkbox"/> <b>Inneres Team in Aktion</b></li> <li><input type="checkbox"/> <b>Selbstliebe</b></li> <li><input type="checkbox"/> <b>Selbstfürsorge</b></li> <li><input type="checkbox"/> <b>Aktivierungsgruppe</b> (Körper zu Geist, Antrieb; Morgenaktivierung, Selbstwirksamkeit)</li> <li><input type="checkbox"/> <b>Lachen, positiv Denken, loslassen</b> (Lachyoga, Entspannung)</li> <li><input type="checkbox"/> <b>Yin Shin Yiutsu</b></li> </ul> <hr/> <p><b>Interaktionelle Medien</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> <b>Musik</b></li> <li><input type="checkbox"/> <b>Therapeutisches Schreiben</b></li> <li><input type="checkbox"/> <b>K.I.R: Kommunikation, Improvisation, Rollenspiel</b></li> <li><input type="checkbox"/> <b>Rollenspielgr/Selbstfürsorg</b></li> <li><input type="checkbox"/> <b>Selbstliebe (interaktionell)</b></li> </ul>
---	--	--

**Anmeldebogen bei Interpassus**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ d/u/w/m: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

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

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):**

\_\_\_\_\_

**Kontinuierliche Behandlung ist ein Meilenstein Ihres Erfolges!**

Kurzfristige Therapieausfälle und die damit entstehenden Lücken, lassen sich deshalb nicht durch andere Klient:innen ausgleichen.

Wir bitten daher um Ihr Verständnis, dass versäumte Termine, die nicht mindestens 24 Stunden zuvor abgesagt wurden (Fr zu Mo), Ihnen in Rechnung gestellt werden müssen.

Sollten Sie also durch Krankheit oder wichtige Gründe an der Wahrnehmung der Therapie gehindert werden, sagen Sie uns rechtzeitig Bescheid in der Nachricht bei der Terminverschiebung oder Absage in Doctolib (DL)

**Wir freuen uns auf unsere gemeinsame Zusammenarbeit!**

**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 Ärzt:innen erheben. Zu diesen Zwecken können uns auch andere Ärzt: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 Ärzt:innen/Psychotherapeut:innen, Kassenarztlliche Vereinigungen, Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, Ärztekammer 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 Berechtigung 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 Ergo-therapeut: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 Patienten, 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: \_\_\_\_\_

**Vielen Dank fürs Ausfüllen!**