

## Vorwort

Liebe Klientin, lieber Klient,

ganz ohne Papier geht es leider nicht. Die Anamnese benötige ich für eine adäquate Sitzung, Datenschutzvereinbarung und Behandlungsvertrag sind vorgeschrieben.

Bitte drucken Sie sich die Unterlagen aus und schicken Sie mir die ausgefüllten Unterlagen per Post zu. **Wichtig:** Die Anamnese sollte mir 5 Tage vor dem Termin vorliegen.

Lieben Dank im Voraus.

Herzliche Grüße  
Linda Hagemann

## Überblick

Stammdaten .....	2
Therapie-/Beratungsvertrag.....	3
Datenschutzinformation und Einwilligungserklärung in die Datenverarbeitung .....	5
Anamnese .....	8

## Stammdaten

Diese Daten sind Bestandteil der nachfolgenden Verträge und der Anamnese.

KINr	Vorname	Nachname	Geburtsdatum
Straße		Tel. privat	Handy
PLZ	Ort	Tel. dienstlich	E-Mail
Zeiten der Erreichbarkeit			

Schulabschluss	Erlerner Beruf
Arbeitgeber	Ausgeübter Beruf

Familienstand	Name und Alter der Kinder
Vorname des Partners/der Partnerin	

## Therapie-/Beratungsvertrag

### Vereinbarung

Ich nehme bei Frau Linda Hagemann, zugelassen für Psychotherapie nach dem Heilpraktiker-gesetz, eine

psychotherapeutische Behandlung/Beratung  
eine Online  
vor Ort

in Anspruch.

Dabei können außer den wissenschaftlich anerkannten auch andere psychotherapeutische Verfahren, Entspannungstechniken und körperorientierte Methoden Anwendung finden, denen eine schulmedizinische Anerkennung noch fehlt. Bei diesen beruhen alle Angaben über Indikationen und Wirkungen auf Erfahrungen mit den Verfahren und Methoden selbst. Allen angebotenen Verfahren und Methoden liegen keinerlei Heilversprechen zugrunde.

### Honorar

Das Honorar berechnet sich nach dem jeweiligen Zeitaufwand. Vereinbart wird eine Vergütung von **80,00 € je 60 Minuten**. Jede weitere angefangene Viertelstunde kostet 20,00 €. Das unverbindliche Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) findet keine Anwendung. Bei Vor-Ort-Terminen in der Praxis ist das Honorar unmittelbar nach Sitzungsende in bar zu bezahlen. Bei Onlineterminen ist der Betrag vorab auf folgendes Konto zu überweisen:

Linda Hagemann, Frankfurter Sparkasse, IBAN DE 22 5005 0201 1243 4819 33

Für Termine, die nicht mindestens 48 Stunden vorher abgesagt werden, wird ein Ausfallhonorar von 35,00 € in Rechnung gestellt. Die Zahlungsverpflichtung tritt nicht ein, wenn der Patient ohne sein Verschulden verhindert ist.

### Kosten

Die obengenannte Praxis ist eine reine Privatpraxis für Selbstzahler. Heilpraktiker eingeschränkt auf das Gebiet der Psychotherapie nehmen nicht am System der gesetzlichen Krankenversicherung teil. Gesetzliche Krankenversicherte erhalten deshalb grundsätzlich keine Erstattung der Behandlungskosten seitens ihrer Krankenkasse. Privat Krankenversicherte mit Voll- und Zusatzversicherung können einen Erstattungsanspruch ihrer Behandlungskosten gegenüber ihrer Versicherung haben. Dieser ist vor Beginn der Therapie vom Klienten abzuklären. Ebenso hat dieser das Erstattungsverfahren mit seiner Privatkrankenversicherung stets eigenverantwortlich durchzuführen. Die Erstattungen sind in der Regel auf die Sätze des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker beschränkt. Etwaige Differenzen zwischen den Beträgen aus dem Gebührenverzeichnis und dem vertraglich vereinbarten Honorar sind vom Klienten zu tragen. Die Ergebnisse sämtlicher Erstattungsverfahren haben keinen Einfluss auf das vereinbarte Honorar. Das Honorar ist vom Patienten unabhängig von jeglicher Versicherungs- und/oder Beihilfeleistung in voller Höhe zu begleichen.

### Weitere Hinweise und Aufklärung

(1)	Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass es sich bei Onlineterminen um keine Therapie sondern um eine <u>Beratung</u> handelt. Es werden keine Diagnosen gestellt. Eine Beratung ersetzt keine Psychotherapie, körperliche Untersuchungen oder Behandlungen durch einen Arzt.
(2)	Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass <u>Psychotherapie</u> keine körperliche Untersuchung oder Behandlung durch einen Arzt ersetzt, und dass ich bei körperlichen Beschwerden aufgefordert bin, mich in die Behandlung eines Arztes zu begeben.
(3)	Ich habe von meinem Hausarzt/Facharzt abklären lassen, dass meine Beschwerden aufgrund derer ich mich zu einer Psychotherapie entschieden habe, nicht die Ursache einer körperlichen Erkrankung sind.
(4)	Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass die Behandlung eine fachärztliche Therapie durch Medikamente nicht vollständig ersetzen kann. Sofern fachärztliche Hilfe erforderlich ist, und ich diese nicht in Anspruch nehme, erfolgt das auf meine eigene Verantwortung.
(5)	In Notfällen (z. B. bei drängenden Suizidgedanken, akuter Panik) wende ich mich an die dafür vorgesehenen Stellen (z. B. an die bundesweite Telefonseelsorge unter 0800 111 0 111 oder die psychiatrische Notfallambulanz).
(6)	Ich bin zur aktiven Mitarbeit während der Therapie/Beratung bereit (dies beinhaltet auch die Durchführung von Übungen zwischen den Sitzungen; Vor- und Nachbereitung der Sitzungen).

Die Datenschutzerklärung ist Bestandteil dieses Vertrages. Den Therapie-/Beratungsvertrag habe ich in Kopie erhalten. Ich verstehe und akzeptiere die obigen Verpflichtungen und Honorarvereinbarungen.

Ort/Datum	Ort/Datum Hanau, 02.05.2024
Unterschrift des/der Klient(in)	Linda Hagemann gez. Linda Hagemann

## Datenschutzinformation und Einwilligungserklärung in die Datenverarbeitung

In meiner Praxis werden während Ihrer Behandlung/Beratung personenbezogene vertrauliche Daten erhoben. Ich unterliege als Therapeutin/Beraterin in meiner Praxis einer strengen Schweigepflicht. Nach dem jetzt in Kraft getretenen neuen Datenschutzrecht (EU-Datenschutz-Grundverordnung und Bundesdatenschutzgesetz) bin ich verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck in meiner Praxis Daten erhoben, gespeichert und weitergeleitet werden. Der Information können Sie auch entnehmen, welche Rechte Sie beim Datenschutz haben. Ferner ist Ihre ausdrückliche Einwilligung in die Datenerhebung erforderlich.

### 1. Verantwortlichkeit für die Datenverarbeitung

Praxis für Seelische Gesundheit

Linda E. Hagemann

Zugelassen für Psychotherapie nach dem Heilpraktikergesetz

Feuerbachstraße 31

63452 Hanau

Telefon: 06181/3049781

E-Mail: [info@lindahagemann.de](mailto:info@lindahagemann.de)

Homepage: [www.lindahagemann.de](http://www.lindahagemann.de)

*Ansprechpartner für Datenschutzangelegenheiten in Hessen:*

Prof. Dr. Michael Ronellenfitsch

Gustav-Stresemann-Ring 1

65189 Wiesbaden

Telefon: 0611/14080

Telefax: 0611/1408-900

E-Mail: [poststelle@datenschutz.hessen.de](mailto:poststelle@datenschutz.hessen.de)

Homepage: [www.datenschutz.hessen.de](http://www.datenschutz.hessen.de)

### 2. Zweck der Datenverarbeitung

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungs-/Beratungsvertrag zwischen Ihnen und mir (Linda E. Hagemann, Heilpraktikerin für Psychotherapie) und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen. Hierzu verarbeite ich Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapievorschläge und Befunde, die ich oder andere Heilpraktiker erheben. Zu diesen Zwecken können mir auch andere Heilpraktiker, Ärzte, psychologische Psychotherapeuten oder Berater, bei denen Sie in Behandlung/Beratung sind, Daten zur Verfügung stellen (z. B. in Therapeutenbriefen), wenn Sie diese von ihrer Schweigepflicht entbunden haben. Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung/Beratung. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann eine sorgfältige Behandlung/Beratung nicht erfolgen.

### 3. Weitergabe Ihrer Daten an Dritte

Ich übermittle Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte (das kann z. B. ein behandelnder Arzt zur Abklärung körperlicher Symptome sein), wenn Sie eingewilligt haben.

### 4. Speicherung Ihrer Daten

Ich bewahre Ihre personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies für die Durchführung der Behandlung erforderlich ist. Nach rechtlichen Vorgaben bin ich dazu verpflichtet, diese Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren.

### 5. Einwilligungserklärung

Durch Ihre Unterschrift erklären Sie sich ausdrücklich mit der für Ihre Behandlung notwendigen Erhebung und Speicherung persönlicher Daten einverstanden. Sie haben das Recht, diese Einwilligung jederzeit zu widerrufen, jedoch wirkt ein Widerruf nur für die Zukunft, da nach gesetzlichen Bestimmungen eine Dokumentation Ihrer Behandlungsdaten zwingend vorgeschrieben ist. Nach Widerruf dieser Einwilligungserklärung ist allerdings eine weitere Behandlung nicht mehr möglich.

### 6. Weitere Einwilligungserklärungen

Dies können Terminabsprachen z. B. per E-Mail-Schriftverkehr, ein Erstkontakt per Telefon und damit verbunden weitere Absprachen sein. Unverschlüsselte E-Mails können von Dritten wie offene Postkarten gelesen werden. Bitte wählen Sie einen neutralen Betreff da dieser auch bei verschlüsselten Mails aus den Metadaten ausgelesen werden kann.

Ebenso Einladungen und Informationen zu Praxisveranstaltungen oder Onlinekursen, bei denen ich beispielsweise Referentin bin. Die Einwilligung kann jederzeit von Ihnen geändert und widerrufen werden.

Nach Rücksprache mit Ihnen verwenden wir für Videokonferenzen den Anbieter ZOOM. Datenschutzhinweise dieses Anbieters finden Sie hier: <https://zoom.us/de-de/privacy.html>.

### 7. Ihre Rechte

Sie haben das Recht, Auskunft von mir zu erhalten, welche personenbezogene Daten ich von Ihnen verarbeite. 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 benötige ich Ihr Einverständnis. In diesen Fällen haben Sie das Recht, die Einwilligung für 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 rechtmäßig erfolgt. Die Anschrift des für meine Praxis zuständigen Datenschutzbeauftragten/Aufsichtsbehörde können Sie oben bei Nr. 1 entnehmen.

### 8. Rechtliche Grundlagen

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DS-GVO in Verbindung mit § 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz. Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich jederzeit an mich wenden.

Ort/Datum	Ort/Datum <b>Hanau, 02.05.2024</b>
Unterschrift des/der Klient(in)	Linda Hagemann gez. Linda Hagemann

## Anamnese zu Ihrer Person und aktuelle Probleme

### Familienherkunft

Leben Ihre Eltern noch? Ja Nein

Alter von Vater und Mutter bei der Geburt Mutter: Vater:	Leben Ihre Eltern noch? Ja Nein
Stellung in der Geschwisterreihe: Bitte die Geschwister mit Namen und Altersunterschied untereinander auflisten (z. B. 3 Jahre älter: +3, 3 Jahre jünger: -3)	Wenn nein, wann sind sie gestorben? Mutter: Vater:

Erfahrungen mit Hypnose, Selbsthypnose oder Entspannungsmethoden? <i>(Welche, wie viele Sitzungen, mit welchem Erfolg?)</i>
---

### Angaben zum Problem

**Bitte beachten: Falls Sie sich in psychiatrischer Behandlung befinden, sprechen Sie bitte vorab mit dem behandelnden Arzt und lassen sich bestätigen, dass keine Kontraindikation vorliegt.**

Benennen Sie Ihr Problem:
Beschreiben Sie Ihr Problem:



Wie lange leiden Sie unter dem Problem (auch schon mit leichter Ausprägung)?

Wann hat sich das Problem deutlich verstärkt?

In welchen Situationen wird das Problem stärker oder schwächer? Können Sie einen Auslöser erkennen? (in Stichpunkten)

Was wird durch das Problem/die Krankheit (in Ihrem Leben) verhindert? Bitte geben Sie **objektiviervbare Antworten**. Nicht: das Glücklichein, sondern: Ich kann meinem Lieblingshobby Sport nicht mehr nachgehen.

Welche Gefühle löst das in Ihnen aus?

Wozu zwingt Sie das Problem/die Krankheit?

Diagnosen

Vorbehandlungen (Zeitraum, ambulant, stationär, Dauer, Erfolg)

Orthopädische Probleme, wenn ja, welche?

Medikamente (Schlafmittel, Beruhigungsmittel, Schmerzmittel etc.), Dosierung und Dauer

### Behandlungsziel

Nennen Sie Ihr Behandlungsziel

Woran können Sie unzweifelhaft erkennen, dass Sie Ihr Ziel erreicht haben? *Nennen Sie eine konkrete Situation, z. B.: Ich kann am Samstag auf den Wochenmarkt gehen (z. B. bei Agoraphobie).*

Was würde sich in Ihrem Leben ändern, wenn Sie Ihr Problem überwunden haben? Was würden Sie tun? Wie würden Sie sich verhalten?

Welche Verhaltens- und Gewohnheitsänderungen und welche Änderungen Ihres Lebensstiles würden helfen, Ihr Ziel zu erreichen? (Beispiel Übergewicht: Bewegungsmangel => regelmäßige Spaziergänge, ungesunde Ernährung => mehr Obst und Gemüse essen, häufiges Fastfood => in anderen Restaurants essen => Name des Restaurants notieren, ich koche wie meine Mutter => gesundheitsbewusstes Kochbuchkaufen und neue Rezepte ausprobieren usw.)

**Testsituation:** (Überlegen Sie sich bitte konkrete Situationen, in denen Sie sich unmittelbar nach der Behandlung davon überzeugen können, dass Ihr Problem nicht mehr besteht, bzw. deutlich vermindert ist. Beispiel Platzangst: sich engen Räumen und/oder einem Menschengedränge aussetzen, Panik beim Autofahren: Fahrt mit dem PKW von x nach y am Datum. Es sollten reale Situationen sein, die Sie vorher nicht oder nur unter großen Schwierigkeiten bewältigen konnten.)

**Allerwichtigstes im Leben?** (Gemeint ist nicht das Therapieziel, sondern Ihr Lebenssinn oder Werte wie: harmonische Partnerschaft, beruflicher Erfolg usw.)

Größtes Hobby/größte Leidenschaft

**Glaube an eine höhere Kraft?** (Die Einen nennen es „Gott“, die Anderen „kosmisches Bewusstsein“. Auch moderne Wissenschaftler kommen immer wieder zu dem Schluss, dass es eine höhere Kraft im Universum geben muss, und dass sich nicht alles rein wissenschaftlich erklären lässt. Diese Frage zielt nicht darauf ab ob Sie katholisch, evangelisch oder in einem anderen Glauben erzogen wurden. Es geht um Ihr persönliches Bild. Bei „ja“, schildern Sie mir bitte kurz Ihre Sichtweise, so dass dieses Wissen als mögliche zusätzliche Ressource für eine kraftvolle Veränderungsarbeit zur Verfügung steht.)

## Mögliche negative Konsequenzen der Heilung

Wenn die Ursachen einer Erkrankung aufgelöst (und keine irreversiblen Schäden eingetreten) sind, geschieht Heilung. Wenn keine Heilung eintritt, kann das u. a. daran liegen, dass die Heilung Konsequenzen nach sich zieht, **die man bewusst oder unbewusst vermeiden will**. Es kann also sein, dass der sekundäre Gewinn stärker ist als der primäre Schmerz.

In diesem Fall ist es sehr wichtig, diese Verhinderungsgründe in die Behandlung mit einzubeziehen. Auch wenn es sich eher um eine Ausnahme handelt, empfehle ich Ihnen, folgende Fragen gründlich zu durchdenken und zu beantworten, um Heilungshindernisse bereits im Vorfeld erkennen zu können.

Was werde ich verlieren, wenn ich gesund werde/meine Beschwerden loswerde? *Beispiele: Verlustangst materieller Dinge (z. B. Rente, finanzielle Entschädigungen, Privilegien), immaterielle Dinge (z. B. intensive Zuwendung durch Familie und Freunde, die ich nur erhalte wenn/weil ich so krank bin), Angst wieder arbeiten gehen zu müssen und den Anforderungen nicht mehr gerecht zu werden, Angst sich einem bestimmten Problem stellen zu müssen usw.*

Was gewinne ich, wenn ich das Problem behalte?

Gibt es andere negative Konsequenzen, Ängste, Umstände, die einer Heilung entgegenstehen?