



Hinweise für PatientInnen, die sich in der Ambulanz anmelden möchten

Die psychotherapeutische Ambulanz Oldenburg gehört zur Bremer Ausbildungsstätte für ärztliche und psychologische PsychotherapeutInnen mit Schwerpunkt Verhaltenstherapie. Verhaltenstherapie beinhaltet, neben der Erforschung von Ursachen und Entstehung Ihrer Problematik, dass wir Ihnen Methoden an die Hand geben, um besser mit Ihrer Situation zurechtzukommen. Das bedeutet für Sie, sich aktiv in den Behandlungsprozess einzubringen und die therapeutischen Empfehlungen umzusetzen.

Unsere TherapeutInnen haben ausnahmslos das Studium der Psychologie abgeschlossen bzw. die ärztliche Approbation erworben. Ihre Behandlung erfolgt nach den üblichen Richtlinien einer Kassenpraxis und wird durch erfahrene TherapeutInnen beratend begleitet (Supervision). Wir sind für alle gesetzlichen Kassen zugelassen.

So melden Sie sich bei uns an:

- Füllen Sie den beiliegenden Anmeldebogen mit **allen Anlagen** bitte sorgfältig aus und senden Sie diesen bitte an die Außenambulanz Oldenburg zurück.

Bitte beachten Sie: Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich einverstanden, dass Ihre Therapiesitzungen durch digitale Geräte aufgezeichnet werden. Diese Aufnahmen benötigen wir für die Supervision Ihrer Behandlung. Auf diese Weise können Sie sicher sein, dass alles in Erwägung gezogen wird, was für Ihren Therapieerfolg hilfreich ist.

Sie erreichen unser Ambulanzsekretariat: (Di von 11:00 – 13:00 Uhr sowie Fr. von 12:00 bis 14:00 Uhr)

Tel. Nr. 0441-80061392 und ambulanz-ol@nivt.de

Bitte unbedingt beachten: Termine für das Erstgespräch werden Ihnen von unserem Ambulanzsekretariat mitgeteilt.

- Zum Erstgespräch bringen Sie bitte Folgendes mit:
 - ☞ Ihre elektronische Gesundheitskarte,
 - ☞ die Überweisung durch eine niedergelassene Ärztin (Hausärztin/Fachärztin) oder einen niedergelassenen Arzt (Hausarzt/Facharzt). Achtung: Ohne Überweisung und ohne Chipkarte kann das Erstgespräch nur stattfinden, wenn PatientIn unterschreiben, dass innerhalb einer Woche die Karte und/oder Überweisung nachgereicht werden, ansonsten muss das Erstgespräch privat von Ihnen gezahlt werden! (Siehe Formular in der Anlage)
 - ☞ Wenn vorhanden, bringen Sie Befunde zu eventuellen Vorbehandlungen bitte in Kopie zum Erstgespräch mit oder fügen diese der Anmeldung bei.
- Im Erstgespräch beschreiben Sie bitte Ihre Beschwerden, Symptome und sonstigen Faktoren, die Sie dazu veranlasst haben, eine Psychotherapie beginnen zu wollen. Wenn Ihre Beschwerden psychotherapeutisch behandelbar sind und Sie zu einer aktiven Mitarbeit bei der Bewältigung Ihrer Probleme bereit sind, wird sich eine/einer unserer AmbulanztherapeutInnen eine Weile nach dem Erstgespräch zur Terminvereinbarung bei Ihnen melden.

Wir wünschen Ihnen eine erfolgreiche Therapie und gutes Gelingen für Ihr Vorhaben!

Dipl.-Psych. Dr. phil. Susanne Al-Wiswasi
Psychologische Psychotherapeutin
(auch für Kinder- und Jugendliche)
Institutsleiterin

Bitte zurücksenden!

NIVT - Außenambulanz

Heinrichstr. 18
26131 Oldenburg

ANMELDEBOGEN - bitte SELBSTÄNDIG und sehr sorgfältig ausfüllen!

Name: _____ Vorname: _____

Geschlecht: weiblich männlich divers Geb.-Datum: _____ Familienstand: _____

Str./Hausnr.: _____ PLZ: _____ Ort: _____

Tel. privat: _____ Handy: _____ E-Mail: _____

Schulabschluss: _____ derzeit ausgeübte Tätigkeit: _____

Sind Sie derzeit arbeitsunfähig? JA NEIN

Wenn ja: seit wann? _____

Haben Sie einen Rentenantrag gestellt? JA NEIN

Sind Sie bereits berentet? JA NEIN

Wenn ja, Rentenform: _____

Sie sind _____ gesetzlich krankenversichert privat krankenversichert

Ihnen wurde die Kostenübernahme der Psychotherapie durch eine Berufsgenossenschaft schriftlich zugesichert
JA NEIN

Welcher Arzt kümmert sich um Sie?
(Name des Arztes) _____

Haben Sie schon einmal AMBULANTE Psychotherapie gemacht? JA NEIN

Wenn JA, von wann bis wann? _____ Wie viele Stunden? _____

Bei wem? _____

Welche Therapieform?

Verhaltenstherapie tiefenpsychologisch Psychoanalyse Systemische Therapie

Wenn Sie die Therapie abgebrochen (nicht regulär beendet) haben, begründen Sie den Abbruch ausführlich auf der nächsten Seite!

Sind Sie damit einverstanden, neben der Einzeltherapie eine ergänzende Gruppentherapie durchzuführen?
JA NEIN



Wurden Sie bereits STATIONÄR psychotherapeutisch behandelt?

JA

NEIN

Wenn JA: Legen Sie dieser Anmeldung bitte alle bei Ihnen vorhandenen Berichte darüber bei und/oder bitten Sie Ihre Ärztin/Ihren Arzt, uns alle bei ihr/ihm vorliegenden Berichte über die stationäre(n) Behandlung(en) zu schicken.

Ich weiß, dass es sich beim NIVT um ein Ausbildungsinstitut handelt, das der Qualitätssicherung verpflichtet ist. Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich einverstanden, dass Therapiesitzungen durch digitale Geräte aufgenommen und zum Zwecke der Supervision verwendet werden. Die Aufnahmen werden nach ihrer Verwendung, spätestens nach vier Wochen, gelöscht. Ferner erkläre ich mich einverstanden, dass die während des Therapieprozesses erhobenen Daten anonym wissenschaftlich ausgewertet werden. Ich weiß, dass die Behandlung nur mit gültiger Überweisung und elektronischer Gesundheitskarte stattfinden kann. Sollten Überweisung/ elektronischer Gesundheitskarte nicht vorliegen, verpflichte ich mich mit meiner Unterschrift zur Nachreichung binnen einer Woche und bin einverstanden, die entstandenen Kosten anderenfalls privat zu zahlen.

Achtung: Ohne diese Einverständniserklärung kann im NIVT leider keine Behandlung begonnen werden.

Ort: _____ Datum: _____

Unterschrift der Patientin/des Patienten bzw. ihrer/seiner gesetzlichen Vertreterin / ihres/seines gesetzlichen Vertreters* _____

* Ihre Einwilligung können Sie jederzeit widerrufen. Durch den Widerruf wird die Rechtmäßigkeit, die aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung der Daten, nicht berührt. Den Widerruf können Sie schriftlich oder per E-Mail-richten an: NIVT–Außenambulanz, Heinrichstr. 18, 26131 Oldenburg; ambulan-ol@nivt.de.

Bitte beschreiben Sie genau Ihre **jetzigen Beschwerden!** (Sie können gerne ein separates Blatt verwenden)

Beschwerden: _____

Bitte beschreiben Sie auch, mit welchen **Zielen** Sie Ihre Behandlung anstreben!

Ziele: _____

Entbindung von der Schweigepflicht

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Wohnadresse: _____

Bitte kreuzen Sie an, ob Sie die Zusendung eines Berichtes wünschen oder nicht!

- Das Erstgespräch mit der Ambulanzleitung des NIVTs wird in einem Bericht dokumentiert. Ich entbinde die Ambulanzleitung von der Schweigepflicht und wünsche die Zusendung des Berichtes an meine Hausärztin/Fachärztin oder meinen Hausarzt/Facharzt unter folgender Adresse:

Name der Ärztin/des Arztes: _____

Praxisadresse: _____

- Ich wünsche keine Zusendung des Berichtes.

Unterschrift*: _____

Bremen, den _____

* Ihre Einwilligung können Sie jederzeit widerrufen. Durch den Widerruf wird die Rechtmäßigkeit, der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung der Daten, nicht berührt. Den Widerruf können Sie schriftlich oder per E-Mail-richten an: NIVT–Außenambulanz, Heinrichstr. 18, 26131 Oldenburg; ambulan-ol@nivt.de.

AbsenderIn:

Name, Vorname

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Termin

Möglichkeiten

Angaben zu Tagen und Tageszeiten, an denen die Therapie stattfinden kann

Die Ambulanz des NIVTs ist geöffnet von Mo – Fr, 8:00 bis 18:00 Uhr, Sa nach Vereinbarung. Bitte teilen Sie uns die größtmögliche Auswahl an Zeiten mit, zu denen Sie die Therapie durchführen können. Damit erleichtern Sie die Zuordnung zu einer Therapeutin/einem Therapeuten.

Wochentag / Zeit

Wann könnten Sie die Therapie auf keinen Fall durchführen?

Wochentag / Zeit

Arbeiten Sie im Schichtbetrieb?

ja

nein

Wenn ja, in welchen Schichten arbeiten Sie?

Wochentag / Schicht / Zeit