

**Anmeldung für Psychotherapie/ Fachbereich Erwachsene (ab 20 J)**

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

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

Geb.: \_\_\_\_\_ Nationalität: \_\_\_\_\_ In Deutschland seit: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Art der Unterbringung:  Ankerzentrum  GU  Jugendhilfe  privat

Familienmitglieder (Wer? In D?) \_\_\_\_\_

Aufenthaltsstatus:  Gestattung  Duldung  Aufenthaltserlaubnis: \_\_\_\_\_  
 im Klageverfahren seit \_\_\_\_\_

Dolmetscher\*in nötig  Nein  Ja, für: \_\_\_\_\_ Möchte die Person eine Therapie machen?  ja  nein

Krankenschein durch Sozialamt \_\_\_\_\_ (Ort)  
 Krankenkassenkarte durch  Arbeit/Ausbildung  §2 AsylbLG  Alg II  Jugendhilfe

Hat/hatte Angemeldete\*r Kontakt zu (wenn ja, bitte Name bzw. Einrichtung eintragen):

Psychiater\*in: \_\_\_\_\_ Psychiatrische Klinik: \_\_\_\_\_ Psychotherapeut\*in: \_\_\_\_\_

Hausarzt\*in: \_\_\_\_\_ Rechtsanwalt\*in: \_\_\_\_\_ Beratungsstelle: \_\_\_\_\_

Angemeldet von:

Name: \_\_\_\_\_ Einrichtung: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Wer soll über Ergebnis der Anmeldung informiert werden? Angemeldete\*r  oder Anmelder\*in

**Anlass der Anmeldung aus Sicht der Angemeldeten;** Wie beschreiben die Angemeldeten ihre Probleme?

**Anlass der Anmeldung aus Sicht der Anmelder\*innen;** Wie werden die Probleme für Sie sichtbar?

**Traumabezogene Vorgeschichte:** Welche traumatischen Erlebnisse und/oder Foltererfahrungen aus der Vergangenheit sind bekannt?

**Diagnose:** Ist bereits eine Diagnose gestellt worden? Welche und von wem? (Bitte Arztbriefe mitschicken, wenn möglich!)

**Besonderheiten:** (z.B. Gesetzliche Betreuung, Rollstuhlfahrer\*in...)

[Besprochen im Team am: \_\_\_\_\_ Entscheidung: \_\_\_\_\_ Mitgeteilt am: \_\_\_\_\_ an: \_\_\_\_\_ ]

1. Bitte geben Sie bei Anlass der Anmeldung nicht nur ein Schlagwort an (z.B. Schlafstörung), sondern beschreiben Sie möglichst, wie genau sich die Probleme bei dem/der Angemeldeten äußern, bzw. wie der/die Angemeldete ihre/seine Probleme beschreibt (z.B. Träumt von..., wacht nachts häufig auf weil..., kann nicht einschlafen wegen ...).
2. Menschen mit starkem Suchtverhalten und schwerer psychiatrischer Symptomatik können wir ambulant nicht behandeln.
3. Menschen, die eine Krankenkassenkarte haben **und** Deutsch oder Englisch sprechen, wird empfohlen, sich eine\*n ambulante\*n Psychotherapeut\*in zu suchen (Psychotherapievermittlung der Kassenärztlichen Vereinigung: 0921/78776540410).
4. Wir empfehlen eine psychiatrisch-medikamentöse Abklärung. In manchen Situationen ist eine psychiatrisch-medikamentöse Einstellung Voraussetzung für psychotherapeutische Behandlung, bzw. parallel zur Psychotherapie zu empfehlen.
5. Bitte melden Sie nur Menschen an, die selbst motiviert sind, eine Psychotherapie zu machen bzw. die Hilfe in Form von regelmäßigen Gesprächen annehmen wollen und können. Bitte fragen Sie die betreffende Person, ob sie/er bei Refugio München angemeldet werden möchte.
6. Wir geben innerhalb eines Monats nach der Anmeldung per Brief Bescheid, ob der/die Angemeldete einen Platz auf der Warteliste für ein Erstgespräch bekommen hat (Wartezeit maximal 6 Monate) oder nicht. Da die Anmeldezahlen erfahrungsgemäß unsere Kapazitäten übersteigen, können wir leider nicht allen Angemeldeten einen Termin zum Erstgespräch, bzw. einen Therapieplatz anbieten.

### Hinweis

Aufgrund der Datenschutzgrundverordnung informieren wir Sie über die Datenverarbeitung und Ihre diesbezüglichen Rechte, die Sie unter [www.refugio-muenchen.de/datenschutz](http://www.refugio-muenchen.de/datenschutz) finden.

Ich habe die Datenschutzerklärung (**Klient\*innen-Information zum Datenschutz**) erhalten.

Mit meiner Unterschrift willigen Ich ein, dass Refugio München bei einer Nichtaufnahme in Therapie meine Unterlagen der Anmeldung (Anmeldebogen und ggf. ärztliche Berichte) für maximal 24 Monate behalten darf, damit diese bei einer erneuten Anmeldung berücksichtigt werden können. Diese Einwilligung können Sie jederzeit mit Wirkung für die Zukunft zurücknehmen. In diesem Fall werden wir Ihre Daten umgehen löschen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der\*s Klient\*in

## KLIENT\*INNEN-INFORMATION ZUM DATENSCHUTZ

Sehr geehrte Klientin, sehr geehrter Klient,

der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns wichtig. Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck **Refugio München – Psychotherapie und Soziale Beratung** Daten erhebt, speichert oder weiterleitet. Der Information können Sie auch entnehmen, welche Rechte Sie in puncto Datenschutz haben.

### 1. VERANTWORTLICHKEIT FÜR DIE DATENVERARBEITUNG

**IfF-Refugio München e. V.**

**Rosenheimer Str. 38**

**81669 München**

**Deutschland**

**Tel.: 089/98 29 57-0**

**E-Mail: [office@refugio-muenchen.de](mailto:office@refugio-muenchen.de)**

**Website: [www.refugio-muenchen.de](http://www.refugio-muenchen.de)**

Sie erreichen den zuständigen Datenschutzbeauftragten unter:

**Dr. Alexander Löw**

**Data-Warehouse GmbH**

**Beethovenstr. 33-35**

**85521 Ottobrunn**

**Deutschland**

**Tel.: +49 (0)89 660 393 – 0**

**E-Mail: [datenschutz@dwh.info](mailto:datenschutz@dwh.info)**

**Website: [www.dwh.info](http://www.dwh.info)**

Jede betroffene Person kann sich jederzeit bei allen Fragen und Anregungen zum Datenschutz direkt an unseren Datenschutzbeauftragten wenden.

### 2. ZWECK DER DATENVERARBEITUNG

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und unserem Team (bestehend aus Psychotherapeut\*innen, Sozialpädagog\*innen, Ärzt\*innen und anderen Mitarbeiter\*innen) und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen.

Hierzu erheben wir:

- Ihre personenbezogenen Daten:

Alternativ: Unter Umständen werden Daten zu Ihrer ethnischen Herkunft, politischen Meinung, religiösen oder weltanschaulichen Überzeugung oder sexuellen Orientierung erhoben, sofern diese von Ihnen im Rahmen der Therapie oder der psychosozialen Beratung vorgetragen werden und für die Behandlung oder für die Beratung erforderlich sind.

- Ihre Gesundheitsdaten:

Zu diesen Daten zählen 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).

- Ihre Daten zu Asylverfahren und Aufenthalt:

Zu diesem Zweck können uns auch Daten von Dritten (z. B. Anwält\*innen, Ausländerbehörde, Gerichte oder Bundesamt) zur Verfügung gestellt werden, wenn Sie uns dies erlauben.

Wir benötigen Ihre Daten um die therapeutische Behandlung, den Nachweis gegenüber Geldgeber\*innen über die Verwendung von Mitteln und um die Beratung im Asyl- und Aufenthaltsrecht durchführen zu können. Außerdem können die Daten auch zu Abrechnungszwecken an Krankenkassen weitergeleitet werden.

Alle Dokumentationen werden nach den Vorgaben der geltenden Datenschutzgesetze von uns streng vertraulich behandelt und sind unter Verschluss. Sie haben das Recht zur Einsichtnahme in die Dokumentation Ihrer personenbezogenen Daten.

### 3. EMPFÄNGER\*INNEN IHRER DATEN

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben.

Empfänger\*innen Ihrer personenbezogenen Daten, insbesondere der Gesundheitsdaten, können vor allem Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, der Asyl- und Migrationsfonds der EU und das zuständige Sozialamt oder Jugendamt 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.

Die Übermittlung von Daten an weitere Empfänger\*innen wie z.B. Ihrer Anwältin oder Ihrem Anwalt, erfolgt nur dann, wenn Sie eine ausdrückliche Schweigepflichtentbindung unterschrieben haben.

### 4. SPEICHERUNG IHRER DATEN

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur so lange auf, wie dies für die Durchführung der Behandlung und die Beratung erforderlich ist.

Aufgrund rechtlicher Vorgaben sind wir dazu verpflichtet, Daten aus dem Behandlungsverhältnis mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren. Nach anderen Vorschriften können sich längere Aufbewahrungsfristen ergeben.

### 5. 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 stehen Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen folgende Rechte zu:

- das Recht auf Löschung von Daten
- das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung
- das Recht auf Datenübertragbarkeit (Weiterleitung an Dritte auf Ihren ausdrücklichen Wunsch) sowie
- das Recht auf Widerspruch (Sie haben das Recht, aus Gründen, die sich aus Ihrer besonderen Situation ergeben, jederzeit gegen die Verarbeitung Sie betreffender personenbezogener Daten, die aufgrund von Art. 6 Abs. 1 Buchstaben e oder f DSGVO erfolgt, Widerspruch einzulegen)

Sie haben das Recht, sich bei der Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt.

Die Anschrift der für uns zuständigen Aufsichtsbehörde lautet:

**Bayerisches Landesamt für Datenschutzaufsicht (BayLDA)**  
**Promenade 27**  
**91522 Ansbach**

### 6. RECHTLICHE GRUNDLAGEN

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit § 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz.

### 7. AUTOMATISIERTE ENTSCHEIDUNGSFINDUNG

Eine automatisierte Entscheidungsfindung findet nicht statt.  
Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich gern an uns wenden.