

## Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D)

## Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D)

Dieser Fragebogen ist ein wichtiges Hilfsmittel, um Ihnen die bestmögliche Behandlung zukommen zu lassen. Ihre Antworten können Ihrem Arzt helfen, Ihre Beschwerden besser zu verstehen. Bitte beantworten Sie jede Frage, so gut Sie können. Überspringen Sie Fragen bitte nur, wenn Sie dazu aufgefordert werden.

Name: \_\_\_\_\_ Alter: \_\_\_\_\_ Geschlecht: weiblich  männlich  Datum: \_\_\_\_\_

- 12** Wie stark fühlen Sie sich im Verlauf der letzten 4 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?
- |  | Nicht beeinträchtigt     | Wenig beeinträchtigt     | Stark beeinträchtigt     |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Sorgen über Ihre Gesundheit   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Sorgen über Ihr Gewicht oder Ihr Aussehen   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Wenig oder kein sexuelles Verlangen oder Vergnügen beim Geschlechtsverkehr  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Schwierigkeiten mit dem Ehepartner, Lebensgefährten, FreundIn/Freund  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Belastung durch die Versorgung von Kindern, Eltern oder anderen Familienangehörigen   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Stress bei der Arbeit oder in der Schule  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Finanzielle Probleme oder Sorgen  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Meinanden zu haben, mit dem man Probleme besprechen kann  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. Etwas Schlimmes, das von kurzem passiert ist  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. Gedanken an schreckliche Ereignisse von früher oder Träume darüber – z. B. die Zerstörung des eigenen Heimes, ein schwerer Unfall, körperliche Gewalt oder eine sexuelle Handlung unter Zwang | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- 13** Sind Sie im letzten Jahr geschlagen, getreten oder anderweitig von jemandem körperlich verletzt worden oder hat Sie jemand zu einer ungewünschten sexuellen Handlung gezwungen?
- NEIN  JA

- 14** Was belastet Sie zur Zeit in Ihrem Leben am meisten?
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- NEIN  JA

- 15** Nehmen Sie Medikamente gegen Angst, Depressionen oder Stress?
- NEIN  JA
- 16** Nur für Frauen: Fragen zum Thema Monatsblutung, Schwangerschaft und Geburt
- a. Wodurch wird Ihre Monatsblutung am besten beschrieben?
- | Monatsblutung ist unregelmäßig geworden bzw. Dauer, Abstand oder Stärke haben sich verändert | Keine Monatsblutung aufgrund von Schwangerschaft oder kürzlicher Geburt | Keine Monatsblutung seit mindestens einem Jahr | Monatsblutung bei Hormontherapie (Einnahme von Östrogenen) oder Verhütung durch die Pille |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>                       | <input type="checkbox"/>  |
- b. Haben Sie in der Woche vor dem Beginn Ihrer Monatsblutung ausgedrückte Probleme mit Ihrer Stimmung – z. B. Depressionen, Angst, Reizbarkeit, Aggressivität oder Stimmungsschwankungen?
- NEIN  JA  (oder trifft nicht zu)
- c. Wenn „JA“: Verschwinden diese Probleme am Ende Ihrer Monatsblutung wieder?
- d. Haben Sie während der letzten 6 Monate ein Kind geboren?

e. Hatten Sie während der letzten 6 Monate eine Fehlgeburt?

f. Haben Sie Schwierigkeiten, schwanger zu werden?

- 1** Wie stark fühlen Sie sich im Verlauf der letzten 4 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?
- |   | Nicht beeinträchtigt     | Wenig beeinträchtigt     | Stark beeinträchtigt     |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Bauchschmerzen   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Rückenschmerzen  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Schmerzen in Armen, Beinen oder Gelenken (Knie, Hüften usw.)     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Menstruationsschmerzen oder andere Probleme mit der Menstruation | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Schmerzen oder Probleme beim Geschlechtsverkehr                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Kopfschmerzen  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Schmerzen im Brustbereich  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Schwindel  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. Ohnmachtsanfälle   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. Herzklopfen oder Herzrasen                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| k. Kurzatmigkeit  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| l. Verstopfung, nervöser Darm oder Durchfall                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| m. Übelkeit, Blähungen oder Verdauungsschwierigkeiten               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- 2** Wie oft fühlen Sie sich im Verlauf der letzten 2 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?
- |   | Überhaupt nicht          | An einzelnen Tagen       | An mehr als der Hälfte der Tage | Bei nahezu jedem Tag     |
|---|--------------------------|--------------------------|---------------------------------|--------------------------|
| a. Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/> |
| b. Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/> |
| c. Schwierigkeiten, ein- oder durchzuschlafen, oder vermehrter Schlaf   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/> |
| d. Müdigkeit oder Gefühl, keine Energie zu haben  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/> |
| e. Verminderter Appetit oder übermäßiges Bedürfnis zu essen   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/> |
| f. Schlechte Meinung von sich selbst, Gefühl, ein Versager zu sein oder die Familie enttäuscht zu haben   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/> |
| g. Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, z. B. beim Zeitunglesen oder Fernsehen   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/> |
| h. Waren Ihre Bewegungen oder Ihre Sprache so verlangsamt, dass es auch anderen auffallen würde? Oder waren Sie im Gegenteil „zappelig“ oder ruhelos und hatten dadurch einen stärkeren Bewegungsdrang als sonst? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/> |
| i. Gedanken, dass Sie lieber tot wären oder sich Leid zufügen möchten   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/> |

## Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D)

## 3 Fragen zum Thema „Angst“

- a. Hätten Sie in den letzten 4 Wochen eine Angstattacke (plötzliches Gefühl der Furcht oder Panik)?
- Wenn „NEIN“, gehen Sie bitte weiter zu Frage 5.**
- b. Ist dies bereits früher einmal vorgekommen?
- c. Treten manche dieser Anfälle völlig unerwartet auf – d. h. in Situationen, in denen Sie nicht damit rechnen, dass Sie angespannt oder beunruhigt reagieren?
- d. Empfinden Sie diese Anfälle als stark beeinträchtigend, und/oder haben Sie Angst vor erneuten Anfällen?

## 4 Denken Sie bitte an Ihren letzten schlimmen Angstanfall.

- a. Bekamen Sie schlecht Luft?
- b. Hatten Sie Herzrasen, Herzklopfen oder unregelmäßigen Herzschlag?
- c. Hatten Sie Schmerzen oder ein Druckgefühl in der Brust?
- d. Haben Sie geschwitzt?
- e. Hatten Sie das Gefühl zu ersticken?
- f. Hatten Sie Hitzevallungen oder Kälteschauer?
- g. Würde Ihnen übel, hatten Sie Magenbeschwerden oder das Gefühl, Sie würden Durchfall bekommen?
- h. Fühlten Sie sich schwindelig, unsicher, benommen oder einer Ohnmacht nahe?
- i. Spürten Sie ein Kribbeln oder hatten Sie ein Taubheitsgefühl in Teilen Ihres Körpers?
- j. Zitterten oder bebten Sie?
- k. Hatten Sie Angst, Sie würden sterben?

## 5 Wie oft füllten Sie sich im Verlauf der letzten 4 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?

- a. Nervosität, Ängstlichkeit, Anspannung oder übermäßige Besorgnis

## Wenn „Überhaupt nicht“, gehen Sie bitte weiter zu Frage 6.

- b. Gefühle der Unruhe, sodass Stillsitzen schwer fällt
- c. Leichte Ermüdbarkeit
- d. Muskelverspannungen, Muskelschmerzen
- e. Schwierigkeiten beim Ein- oder Durchschlafen
- f. Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, z. B. beim Lesen oder beim Fernsehen
- g. Leichte Reizbarkeit, Überempfindlichkeit

## Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D)

## 6 Fragen zum Thema „Essen“

- a. Haben Sie öfter das Gefühl, Sie könnten nicht kontrollieren, wie viel und was Sie essen?
- b. Essen Sie öfter – in einem Zeitraum von 2 Stunden – Mengen, die andere Leute als ungewöhnlich groß bezeichnen würden?
- Wenn „NEIN“ bei a oder b, gehen Sie bitte zu Frage 9.**
- c. Ist dies während der letzten 3 Monate im Durchschnitt mindestens zweimal in der Woche vorgekommen?

## 7 Haben Sie während der letzten 3 Monate öfter eine oder mehrere der folgenden Maßnahmen unternommen, um eine Gewichtszunahme zu vermeiden?

- a. Sich selbst zum Erbrechen gebracht?
- b. Mehr als die doppelte empfohlene Dosis eines Abführmittels eingenommen?
- c. Gejaset, d. h. mindestens 24 Stunden lang nichts gegessen?
- d. Mehr als eine Stunde Sport getrieben mit dem ausschließlichen Ziel, nicht zuzunehmen, wenn Sie wie oben beschrieben (6a oder 6b) gegessen haben?

## 8 Wenn Sie bei einer oder mehrerer dieser Maßnahmen, die eine Gewichtszunahme vermeiden sollen, „JA“ angekreuzt haben, kam eine davon im Durchschnitt mindestens zweimal in der Woche vor?

- 9 Trinken Sie manchmal Alkohol (einschließlich Bier oder Wein)?**
- Wenn „NEIN“, gehen Sie bitte weiter zu Frage 11.**

## 10 Ist bei Ihnen im Laufe der letzten 6 Monate mehr als einmal eine der folgenden Situationen eingetreten?

- a. Sie haben Alkohol getrunken, obwohl Ihnen ein Arzt angeraten hat, aus gesundheitlichen Gründen mit dem Trinken aufzuhören?
- b. Sie haben bei der Arbeit, in der Schule, bei der Versorgung der Kinder oder bei der Wahrnehmung anderer Verpflichtungen Alkohol getrunken, waren angetrunken oder „verkatert“?
- c. Sie sind der Arbeit, der Schule oder anderen Verpflichtungen fern geblieben oder sind zu spät gekommen, weil Sie getrunken hatten oder „verkatert“ waren?
- d. Sie hatten Schwierigkeiten, mit anderen auszukommen, weil Sie getrunken hatten?
- e. Sie sind Auto gefahren, nachdem Sie mehrere Gläser Alkohol bzw. zu viel getrunken hatten?

## 11 Wenn eines oder mehrere der bisher in diesem Fragebogen beschriebenen Probleme bei Ihnen vorliegen, gehen Sie bitte an, wie sehr diese Probleme es Ihnen erschwert haben, Ihre Arbeit zu tun, Ihren Haushalt zu regeln oder mit anderen Menschen zurecht zu kommen:

- Überhaupt nicht erschwert** **Etwas erschwert** **Relativ stark erschwert** **Sehr stark erschwert**

Name: ..... Vorname..... geb: ..

Pat.Nr:

## ICD-10-Symptom-Rating (ISR)

Hier ist eine Liste von Beschwerden, an denen Menschen leiden können. Einige der genannten Beschwerden könnten aktuell auf Sie selbst zutreffen. Damit bei Ihnen kein Leiden übersehen wird, bitten wir Sie eine Vielzahl möglicher Beschwerden zu beurteilen. Bitte geben Sie jetzt an, ob eine der nachfolgenden Beschwerden in den letzten zwei Wochen (Ausnahme: vorletzte Beschwerde) auf Sie selbst zutrifft. Falls eine davon zutrifft, möchten wir auch wissen, wie stark Sie daran leiden.

Bitte beantworten Sie jetzt spontan und zügig jede der folgenden Aussagen!

Kreuzen Sie „0 = trifft nicht zu“ an, wenn Sie überhaupt nicht an der jeweiligen Beschwerde leiden,

kreuzen Sie „1 = trifft kaum zu“ an, wenn Sie kaum daran leiden,

kreuzen Sie „2 = trifft ziemlich zu“ an, wenn Sie ziemlich daran leiden,

kreuzen Sie „3 = trifft deutlich zu“ an, wenn Sie deutlich daran leiden und

kreuzen Sie „4 = trifft extrem“ an, wenn Sie extrem daran leiden.

	trifft nicht zu	trifft kaum zu	trifft ziemlich zu	trifft deutlich zu	trifft extrem zu
(1) Meine Stimmung ist gedrückt/niedergeschlagen.	0	1	2	3	4
(2) An Dingen, die ich normalerweise gern mache, habe ich keine richtige Freude mehr.	0	1	2	3	4
(3) Ich habe nicht genug Energie, wenn ich etwas tun will und werde schnell müde.	0	1	2	3	4
(4) Ich fühle mich wertlos/traue mir nichts zu.	0	1	2	3	4
(5) Ich bekomme unerklärliche Angstattacken oder Angst in Situationen, die anderen Menschen harmlos erscheinen.	0	1	2	3	4
(6) In starken Angstsituationen habe ich plötzlich auftretende körperliche Beschwerden, z. B. Herzklopfen/-rasen, Atemnot, Schwindel, Druck auf der Brust, Kloß im Hals, Zittern oder innere Unruhe bzw. Anspannung.	0	1	2	3	4
(7) Ich versuche bestimmte Situationen, die mir Angst machen, zu vermeiden.	0	1	2	3	4
(8) Schon die Vorstellung, dass ich wieder eine Angstattacke erleiden könnte, macht mir Angst.	0	1	2	3	4

Pat.Nr:

	trifft nicht zu	trifft kaum zu	trifft ziemlich zu	trifft deutlich zu	trifft extrem zu
(9) Ich leide unter meinen ständig wiederkehrenden, sinnlosen Gedanken oder Handlungen, gegen die ich mich aber nicht wehren kann (z.B. Hände waschen).	0	1	2	3	4
(10) Ich leiste Widerstand gegen immer wiederkehrende, unsinnige Gedanken oder Handlungen, auch wenn mir das nicht immer gelingt.	0	1	2	3	4
(11) Ich leide unter quälenden, sinnlosen Gedanken oder Handlungen, die mein normales Leben beeinträchtigen.	0	1	2	3	4
(12) Ich habe das Bedürfnis, wegen unerklärlichen körperlichen Beschwerden zum Arzt zu gehen.	0	1	2	3	4
(13) Ich leide unter der ständigen quälenden Sorge, körperlich krank zu sein.	0	1	2	3	4
(14) Verschiedene Ärzte versichern mir, dass ich keine ernsthafte körperliche Erkrankung habe, doch es fällt mir schwer, ihnen zu glauben.	0	1	2	3	4
(15) Ich kontrolliere mein Gewicht durch kalorienarmes Essen oder Erbrechen oder Medikamente (z.B. Abführmittel) oder ausgedehnten Sport.	0	1	2	3	4
(16) Viele meiner Gedanken kreisen um das Essen, und ich habe ständig Angst, Gewicht zuzunehmen.	0	1	2	3	4
(17) Ich beschäftige mich viel damit, wie ich Gewicht abnehmen kann.	0	1	2	3	4
(18) Ich habe Schwierigkeiten, mich zu konzentrieren.	0	1	2	3	4
(19) Ich denke darüber nach, mich umzubringen.	0	1	2	3	4
(20) Ich habe Schlafprobleme.	0	1	2	3	4
(21) Ich habe einen schlechten Appetit.	0	1	2	3	4
(22) Ich bin vergesslich.	0	1	2	3	4

Pat.Nr:

	trifft nicht zu	trifft kaum zu	trifft ziemlich zu	trifft deutlich zu	trifft extrem zu
(23) Ich leide unter immer wiederkehrenden Träumen oder Erinnerungen an schreckliche Erlebnisse.	0	1	2	3	4
(24) Ich habe psychische Probleme aufgrund schwerer Alltagsbelastungen (z.B. schwere Erkrankung, Verlust der Arbeit oder Trennung vom Partner).	0	1	2	3	4
(25) Meine Gefühle und Erfahrungen empfinde ich auf einmal nicht mehr als meine eigenen.	0	1	2	3	4
(26) Die Menschen und meine Umgebung erscheinen mir auf einmal unwirklich, fern, leblos.	0	1	2	3	4
(27) Ich fühle mich in der Ausübung meiner Sexualität beeinträchtigt.	0	1	2	3	4
(28) Ich habe mich in den letzten Jahren nach einer extremen Belastung (z.B. Schädel-Hirn-Verletzung, Kriegserlebnisse oder Missbrauch) dauerhaft verändert.	0	1	2	3	4
(29) Meine sexuellen Vorlieben sind eine Belastung für mich.	0	1	2	3	4

**Besten Dank für Ihre Mitarbeit und Mühe !**

## Gesundheitsfragebogen für Patienten (GAD-7)

Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der <u>letzten 2 Wochen</u> durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?	Überhaupt nicht	An einzelnen Tagen	An mehr als der Hälfte der Tage	Beinahe jeden Tag
a. Nervosität, Ängstlichkeit oder Anspannung	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
b. Nicht in der Lage sein, Sorgen zu stoppen oder zu kontrollieren	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
c. Übermäßige Sorgen bezüglich verschiedener Angelegenheiten	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
d. Schwierigkeiten zu entspannen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
e. Rastlosigkeit, so dass Stillsitzen schwer fällt	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
f. Schnelle Verärgerung oder Gereiztheit	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
g. Gefühl der Angst, so als würde etwas Schlimmes passieren	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

Gesamtwert \_\_\_\_\_ = Addition \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_  
der Spaltensummen

Gemeinschaftspraxis

Dr. Paul Köbler | Dr. Christin Kohrs

Theaterstr. 31, 90762 Fürth

0911-36069375 [praxis-koebler@posteo.de](mailto:praxis-koebler@posteo.de) / [kohrs-praxis-koebler@posteo.de](mailto:kohrs-praxis-koebler@posteo.de)

### Einverständniserklärung Kontaktaufnahme

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass die Gemeinschaftspraxis Dr. Paul Köbler | Dr. Christin Kohrs zum Zweck der Koordination der Sprechstunden und der Therapie sowie zur Beantwortung von Fragen mit mir wie folgt Kontakt aufnehmen kann:

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

Email: \_\_\_\_\_

Name, Datum

**Gemeinschaftspraxis für Psychotherapie**  
**Dr. Köbler & Dr. Kohrs**

**Praxisräume**  
Theaterstraße 31  
90762 Fürth

**Tel.:** 0911 – 36 06 93 75  
praxis-koebler@posteo.de  
kohrs-praxis-koebler@posteo.de  
LANR 511485468  
LANR 454451868  
BSNR 667004800

## **Pflichtinformationen nach Art. 13 DS-GVO**

Ich bestätige, dass ich heute ein Exemplar dieser Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung und das Zusatzblatt mit den Pflichtinformationen nach Art. 13 DS-GVO erhalten habe.

---

Vor- und Nachname in Druckschrift

---

Ort, Datum, Unterschrift

## Pflichtinformationen nach Art. 13 DS-GVO

### 1. Verantwortlicher und Datenschutzbeauftragter

Verantwortliche gemäß Art. 4 Nr. 7 Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) sind:

Dr. Paul Köbler  
Dr. Christin Kohrs  
Theaterstr. 31  
90762 Fürth

„Verantwortlicher“ ist die natürliche oder juristische Person, die allein oder gemeinsam mit anderen über die Zwecke und Mittel der Verarbeitung von personenbezogenen Daten entscheidet.

### 2. Datenverarbeitung zum Zwecke der Behandlung

- (1) Die Verarbeitung der Daten erfolgt zur Durchführung der Behandlung und den damit verbundenen Verarbeitungsvorgängen wie beispielsweise die Aktenführung und die Abrechnung der Leistungen. Die Bereitstellung der personenbezogenen Daten ist weder gesetzlich noch vertraglich vorgeschrieben, jedoch für einen Vertragsabschluss erforderlich. Ohne die Bereitstellung der Daten kann keine Behandlung durchgeführt werden.
- (2) Rechtsgrundlage für die Verarbeitung ist Art. 9 Abs. 2 lit. h DS-GVO i. V. m. § 22 Abs. 1 Nr. 1 lit. b BDSG.
- (3) Drittanbieter erbringen für uns die Dienste zur Wartung der Datenverarbeitungsanlagen/Software, zur Vernichtung von Unterlagen und ggf. juristische Unterstützung z.B. im Falle eines Zahlungsausfalls.
- (4) Bei Nicht-Selbstzahlen übermittle ich zu Abrechnungszwecken, bzw. Antragstellung die Daten an Krankenkassen oder ggf. Beihilfestellen.
- (5) Nach vollständiger Abwicklung der Behandlung werden Ihre Daten für die weitere Verarbeitung eingeschränkt und nach dem Ablauf der gesetzlichen Aufbewahrungsfristen gelöscht, sofern Sie nicht ausdrücklich eingewilligt haben, dass wir Ihre Daten weiter nutzen dürfen.

### 3. Ihre Rechte

- (1) Sie haben gegenüber mir folgende Rechte hinsichtlich der Sie betreffenden personenbezogenen Daten:
  - Recht auf Auskunft,
  - Recht auf Berichtigung oder Löschung,
  - Recht auf Einschränkung der Verarbeitung,
  - Recht auf Widerspruch gegen die Verarbeitung,
  - Recht auf Datenübertragbarkeit.
- (2) Sie haben zudem das Recht, sich bei einer Datenschutz-Aufsichtsbehörde über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch mich zu beschweren.

### 4. Kontaktmöglichkeit

Wenn Sie weitere Informationen zum Thema Datenschutz und unseren Umgang mit Ihren personenbezogenen Daten wünschen sowie zur Ausübung Ihrer Widerspruchs- und Widerrufsrechte nutzen Sie bitte die folgenden Kontaktmöglichkeiten:

Psychotherapeutische Gemeinschaftspraxis  
Dr. Köbler und Dr. Kohrs  
Dr. Christin Kohrs  
Theaterstr. 31  
90762 Fürth  
Mail: [praxis-koebler@posteo.de](mailto:praxis-koebler@posteo.de)  
Telefon: 0911 – 36 06 93 75