



Zentrum für Psychotherapie Stuttgart

SZVT - Zentrum für Psychotherapie
Psychotherapeutische Ambulanz | Christophstr. 8 | 70178 Stuttgart

Psychotherapeutische Ambulanz für Erwachsene, Kinder und Jugendliche

Christophstr. 8
70178 Stuttgart

Tel.: 07 11 / 96 696-61

Fax: 07 11 / 96 696-66

E-Mail: ambulanz@szvt.de

Internet: www.szvt.de

Institutsleitung

Dr. phil. Wolfgang-F. Schneider

Stellv. Institutsleitung

Dipl.-Psych. Tina Betschinger

Ambulanzleitung

Dipl.-Psych. Cornelia Seitz

Eingangsfragebogen für Jugendliche von 13-17 Jahren

Liebe/r Jugendliche/r, liebe Eltern,

Du hast/ Sie haben bei uns um einen Therapieplatz (für Ihre(n) Jugendliche(n)) angefragt. Um sich bei uns anzumelden, füllst du/ füllen Sie bitte den angehängten Fragebogen aus. Er enthält eine Reihe von Fragen zur persönlichen Lebenssituation und zu den Problembereichen, die Dich/ Sie veranlassen haben, Dich/ sich an uns zu wenden. Diese Informationen helfen uns einzuschätzen, ob wir Dir/ Ihrem Kind ein passendes Therapieangebot machen können. Bitte füllen Sie als Eltern den Fragebogen Teil A (außer bei Jugendlichen, die bereits 15 Jahre sind und sich alleine anmelden wollen) und Teil B und Du als Jugendliche(r) Teil B möglichst vollständig aus. Selbstverständlich unterliegen Deine/ Ihre Antworten der Schweigepflicht und werden von uns streng vertraulich behandelt.

Aufgrund der sehr hohen Nachfrage führen wir KEINE Warteliste mehr. Wartezeiten von bis zu einem Jahr, die sich beim Führen einer Warteliste ergeben würden, sind nicht sinnvoll, so dass frei werdende Therapieplätze in unserer Ambulanz zeitnah an nachfragende Patienten vergeben werden.

Wenn Du/ wenn Sie also nach acht Wochen nichts von uns gehört hast/ haben, haben wir derzeit keine passenden freien Kapazitäten und können Dir/ Ihrer(m) Jugendlichen leider keinen Therapieplatz anbieten.

In diesem Fall empfehlen wir Dir/ Ihnen, sich bei Deiner/ Ihrer zuständigen Krankenkasse oder bei der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg (<http://www.arztsuche-bw.de>) zu erkundigen, welche weiteren Therapeuten für Dich/ Ihre(n) Jugendliche(n) in Frage kämen. Du hast/ Sie haben auch die Möglichkeit, sich über das Patiententelefon Medcall der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg, erreichbar unter 0711/78753966, bei der Suche unterstützen zu lassen.

Zum Zwecke des Datenschutzes wird nach Ablauf von 12 Wochen der eingesendete Fragebogen vernichtet.

Mit freundlichen Grüßen

Dipl. Psych. Cornelia Seitz

Leiterin der Ambulanz

Trägerin des SZVT: RHAP Beratungs- und Entwicklungs-GmbH
mit Sitz in Kleve
Eingetragen Amtsgericht Kleve
HRB 8516

USt-Id-Nr.: DE814812734

Geschäftsführer: Dr. phil. Wolfgang-F. Schneider
Dr. med. Norbert Weißig

Geschäftskonto SZVT: Volksbank Kleverland eG
Kto.-Nr. 20 981 040 [IBAN DE46 3246 0422 0020 9810 40]
BLZ 324 604 22 [BIC GENODE33KLL]

Geschäftsstelle:
Nassauerallee 75
47533 Kleve
Telefon: 02821 – 895 98 80
Fax: 02821 – 895 99 02
E-Mail: info@rhap.de

Du interessierst/ Sie interessieren sich für eine Behandlung in unserer psychotherapeutischen Ambulanz für Kinder und Jugendliche in Stuttgart. Um Deinem/ Ihrem Anliegen fachgerecht entsprechen zu können, bitten wir Dich/ Sie, den folgenden Anmeldebogen auszufüllen und uns an die o.g. Adresse zukommen zu lassen.

Bitte beachte(n) (Sie), dass die Vereinbarung einer Sprechstunde ausschließlich telefonisch erfolgen kann – bitte gib/geben Sie mindestens einen telefonischen Kontakt an, unter dem wir Dich/Sie erreichen können:

Name: _____ Mobil: _____ Festnetz: _____

Falls Du **bereits 15 Jahre** alt bist und Dich alleine anmelden möchtest, kannst Du Teil C weglassen, solltest aber zusätzlich Teil A ausfüllen.

TEIL A

Angaben zur(m) Jugendlichen

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Geschlecht: weiblich männlich Größe: _____ Gewicht: _____

Anschrift: _____

Versichert über: Vater Mutter

bei Krankenkasse: _____ gesetzlich/Ersatzkasse privat

Behandelnde(r) Ärztin/ Arzt: _____

Angaben zu den Eltern

Sorgerecht: gemeinsam Mutter Vater Sonstige: _____

Name der Mutter: _____ Name des Vaters: _____

Alter der Mutter: _____ Alter des Vaters: _____

Beruf der Mutter: _____ Beruf des Vaters: _____

Eine Psychotherapie bedeutet eine regelmäßige Behandlung. In der Regel finden wöchentlich Termine mit einer Dauer von 50 Minuten statt. Bitte gib an/geben Sie an, an welchen Tagen und zu welchen Uhrzeiten es möglich ist, Termine bei uns wahrzunehmen.

Wochentag	Vormittags	Nachmittags
Montag	von _____ bis _____	von _____ bis _____
Dienstag	von _____ bis _____	von _____ bis _____
Mittwoch	von _____ bis _____	von _____ bis _____
Donnerstag	von _____ bis _____	von _____ bis _____
Freitag	von _____ bis _____	von _____ bis _____

Angaben zu den Geschwistern

Name: _____ Alter: _____

Name: _____ Alter: _____

Name: _____ Alter: _____

Name: _____ Alter: _____

Lebensverhältnisse

Bei wem lebst Du/ lebt die/der Jugendliche? _____

Wie häufig Kontakt zur Mutter? _____

Wie häufig Kontakt zum Vater? _____

Leben noch weitere Personen im Haushalt und wenn ja, wer? _____

Teil B – von der/dem Jugendlichen auszufüllen

Mein Therapeut sollte:

möglichst weiblich sein möglichst männlich sein Geschlecht ist nicht so wichtig

Vorstellungsanlass

Welche Sorgen/ Probleme führen Dich hierher?

Was hast Du bisher versucht, damit Du Dich besser fühlst? Wie bist Du mit dem Problem(en) umgegangen?

Hast Du noch bei anderen Menschen Hilfe gesucht (Freunde, Lehrer, Ärzte, Therapeuten, andere Einrichtungen)?

Interessen und Fähigkeiten

Was machst Du gerne? Was kannst Du gut? Wofür interessierst Du Dich?

Schule

Regelmäßigkeit der Schulbesuche:

regelmäßig verspäte mich oft fehle oft, wegen:

Hausaufgaben: mache ich regelmäßig: ja nein

Wie lange meistens? _____

Alleine oder mit Hilfe? _____

Probleme ? _____

Falls Du Dich alleine anmeldest lege falls möglich eine Kopie Deines letzten Zeugnisses bei.

Stimmung

Gab es jemals eine Zeit, in der Du nahezu jeden Tag niedergeschlagen und bedrückt warst oder kein Interesse bzw. keine Freude mehr an Dingen hattest, die Dir sonst viel bedeutet haben?

ja nein

Wenn ja: Kreuze bitte im Folgenden an, welche der aufgeführten Gefühle oder Zustände während dieser Zeit bei Dir auftraten:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> deutlicher Gewichtsverlust oder Gewichtszunahme | <input type="checkbox"/> Schuldgefühle |
| <input type="checkbox"/> verminderter oder gesteigerter Appetit | <input type="checkbox"/> Konzentrationsverlust |
| <input type="checkbox"/> Schlaflosigkeit oder vermehrter Schlaf | <input type="checkbox"/> Entscheidungsunfähigkeit |
| <input type="checkbox"/> Ruhelosigkeit, ständig in Bewegung sein | <input type="checkbox"/> wiederkehrende Gedanken an den Tod |
| <input type="checkbox"/> Verlangsamung der Bewegungen / des Sprechens | <input type="checkbox"/> Selbsttötungsgedanken |
| <input type="checkbox"/> Müdigkeit/Energieverlust | <input type="checkbox"/> Selbsttötungsversuch |
| <input type="checkbox"/> Gefühl der Wertlosigkeit | |

Fühlst Du Dich auch gegenwärtig niedergeschlagen und bedrückt? ja nein

Konsumverhalten

Medienkonsum?

Stunden pro Tag _____ / Stunden pro Woche _____

Arten: _____

(Filme, Serien, Clips, Soziale Medien, Games,...)

Rauchst Du? ja nein

Trinkst Du Alkohol? ja nein

Wenn ja wie oft? gelegentlich wöchentlich täglich

Wenn ja welche Sorten von Alkohol? _____

Nimmst Du Drogen? ja nein

Wenn ja welche: _____

Vorbefunde

Falls Du Dich alleine anmeldest bitte lege falls möglich **Vorbefunde** aus Kliniken und diagnostischen Untersuchungen, sowie eine Kopie des aktuellsten Schulzeugnisses in Kopie bei.

Vielen Dank für Deine Bemühungen!

TEIL C – von den Eltern auszufüllen

Vorstellungsanlass

Was macht Ihnen Sorgen bei Ihrer/m Jugendlichen?

Wann ist das Problem, das zur Vorstellung führt, erstmalig aufgetreten?

Ist das Problem plötzlich allmählich aufgetreten?

Gab es besondere Ereignisse, die mit dem ersten Auftreten des Problems zusammenfielen?

Wie hat sich das Problem im Laufe der Zeit verändert?

wurde immer stärker gleichbleibend phasenweise stärker/ schwächer

In welchen Situationen zeigt sich das Problem verstärkt (an bestimmten Orten, zu bestimmten Anlässen, zu bestimmten Zeiten, bei bestimmten Personen)?

In welchen Situationen tritt das Problem seltener oder gar nicht auf (an bestimmten Orten, zu bestimmten Anlässen, zu bestimmten Zeiten, bei bestimmten Personen)?

Lösungsversuche

Was haben Sie bisher versucht, um das Problem in den Griff zu bekommen?

In Ihrem Erziehungsverhalten:

Durch Hilfe anderer (bitte **Person**, **Zeitpunkt** und **Dauer** angeben):

Schule (Schulsozialarbeiter, Beratungslehrer,...): _____

Beratungsstelle: _____

- Haus- oder Kinderarzt: _____
- Logopädie: von _____ bis _____ in Praxis: _____
- Ergotherapie: von _____ bis _____ in Praxis: _____
- ambulante Psychotherapie: von _____ bis _____ in Praxis: _____

Kinder- und Jugendpsychiater: von _____ bis _____ in Praxis: _____

Klinik: von _____ bis _____ in: _____

Jugendamt: _____

andere Einrichtungen / Personen (z.B. Psychiatrische Institutsambulanz, Sozial Pädiatrisches Zentrum, etc.): von _____ bis _____ in _____

Wie sind Sie auf unsere Einrichtung aufmerksam geworden (Arzt, Kollege, Internet, Jugendamt etc.)?

Beeinträchtigungen

Hat Ihr/e Jugendliche/r körperliche / kognitive Einschränkungen / körperliche Erkrankungen?

nein

Ja folgende:

Hörschaden: _____ seit: _____

Sehschwäche: _____ seit: _____

Sprachstörungen: _____ seit: _____

Schäden an Körper und Gliedmaßen: _____ seit: _____

Bewegungs- und/ oder Koordinationsstörungen: _____ seit: _____

geistige Einschränkungen: _____ seit: _____

körperliche Erkrankungen: _____ seit: _____

Nahm oder nimmt Ihr/e Jugendliche/r Medikamente ein?

nein ja, welche? _____

Kindergarten / Schule

Besuchte Ihr/e Jugendliche/r einen Kindergarten?

nein ja, im Alter von _____ bis _____

Gab es dort Probleme?

nein ja, welche (Trennung, Probleme mit anderen Kindern etc.)?

Gegenwärtig besucht die/der Jugendliche die ____ Klasse einer _____ (Hauptschule, Realschule, Gymnasium, Gesamtschule, Förderschule, Schule für Erziehung, berufliche Schule etc.).

Schullaufbahn: normaler Verlauf verspätete Einschulung (Zurückstellung) wegen _____

Wiederholung der Klasse _____ Überspringen der Klasse _____

Schulwechsel im Jahre _____ wegen _____

zeitweise keine Schule besucht von _____ bis _____ wegen _____

Stärken hat sie/ er in: _____

Schwächen hat sie/ er in: _____

Gibt es Verhaltensprobleme in der Schule?

nein ja, und zwar: _____

Regelmäßigkeit der Schulbesuche:

regelmäßig verspätet sich oft fehlt oft, wegen: _____

Hausaufgaben: macht sie/er regelmäßig: ja nein

Wie lange meistens? _____

alleine oder mit Hilfe? _____

Probleme ? _____

Bitte legen Sie eine Kopie des letzten Zeugnisses bei.

Stimmung

Gab es jemals eine Zeit, in der Ihr/e Jugendliche/r nahezu jeden Tag niedergeschlagen und bedrückt war oder kein Interesse bzw. keine Freude mehr an Dingen hatte, die ihr/ ihm sonst viel bedeutet haben? ja nein

Wenn ja: Kreuzen Sie bitte im Folgenden an, welche der aufgeführten Gefühle oder Zustände während dieser Zeit bei Ihrer/m Jugendlichen auftraten:

deutlicher Gewichtsverlust oder Gewichtszunahme

Schuldgefühle

verminderter oder gesteigerter Appetit

Konzentrationsverlust

Schlaflosigkeit oder vermehrter Schlaf

Entscheidungsunfähigkeit

Ruhelosigkeit, ständig in Bewegung sein

wiederkehrende Gedanken an den Tod

Verlangsamung der Bewegungen / des Sprechens

Selbsttötungsgedanken

Müdigkeit/Energieverlust

Selbsttötungsversuch

Gefühl der Wertlosigkeit

Fühlt Ihr/e Jugendliche/r sich auch gegenwärtig niedergeschlagenen und bedrückt?

ja nein

Konsumverhalten

Medienkonsum?

Stunden pro Tag _____ / Stunden pro Woche _____

Arten: _____

(Filme, Serien, Clips, Soziale Medien, Games,...)

Raucht Ihr/e Jugendliche/r? ja nein

Trinkt sie/ er Alkohol? ja nein

Wenn ja wie oft? gelegentlich wöchentlich täglich

Wenn ja welche Sorte(n) von Alkohol? _____

Nimmt sie/ er Drogen? ja nein

Wenn ja welche: _____

Vorbefunde

Bitte legen Sie **Vorbefunde** aus Kliniken und diagnostischen Untersuchungen in Kopie bei, sowie eine Kopie des aktuellsten Schulzeugnisses.

Vielen Dank für Ihre Bemühungen!

Datum: _____

Dieser Fragebogen wurde ausgefüllt von: _____

Allgemeine Informationen zu Psychotherapien am Zentrum für Psychotherapie Stuttgart

Das psychotherapeutische Angebot richtet sich an Erwachsene, Jugendliche und Kinder, die unter psychischen Problemen und Störungen leiden. Wir behandeln alle psychischen Störungen von Krankheitswert, für die es wissenschaftlich entwickelte Therapieansätze der modernen Verhaltenstherapie gibt. Unsere Behandlungsmethoden richten wir stets am neuesten Stand der Psychotherapieforschung aus. Erprobte Behandlungsangebote werden systematisch verbessert und neue Behandlungsmöglichkeiten entwickelt.

Die Behandlungskosten werden bei gegebener Indikation von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen.

Unsere Ambulanz ist nach dem Psychotherapeutengesetz zum Zwecke der Ausbildung, Lehre und Forschung ermächtigt. Unsere Therapeutinnen und Therapeuten befinden sich nach dem Abschluss ihres Studiums in einer postgradualen Ausbildung. Alle Therapeuten haben bereits therapeutische Berufserfahrung im stationären und ambulanten Bereich. Die Behandlungen finden unter engmaschiger Supervision (Fachanleitung) durch anerkannte Supervisoren statt, so dass jederzeit eine hohe Behandlungsqualität garantiert ist. Die Supervision ist ein wichtiger Baustein der Qualitätssicherung von Psychotherapie in unserem Haus. Das Ziel der Supervision ist die Optimierung Ihrer Therapie. Für die Supervision werden alle psychotherapeutischen Sitzungen auf Video aufgenommen. Diese Aufnahmen dienen der Vorbereitung und Supervision der Psychotherapiesitzungen. Alle an der Supervision Beteiligten unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Bei Eltern mit gemeinsamem Sorgerecht ist die Zustimmung beider Erziehungsberechtigter, sofern die/ der Jugendliche jünger als 15 Jahre ist, zur Erstvorstellung und Behandlung in unserer Ambulanz, immer notwendig (siehe beiliegende Einverständniserklärung).

Auf den folgenden Seiten 17-18 finden Sie unsere ausführliche Patienteninformation zum Datenschutz. Bitte lesen Sie diese sorgfältig durch.

- Ich habe die „Patienteninformation zum Datenschutz – Behandlung von Kindern und Jugendlichen“ des SZVT Zentrum für Psychotherapie Stuttgart (Stand: 07.06.2018) erhalten und gelesen.

_____ (Unterschrift Jugendliche(r) ab 15 J.)

_____/_____ (Unterschriften aller Sorgeberechtigter)

Sämtliche Angaben werden von uns vertraulich behandelt! Sie stellen die Grundlage für unsere Vorbereitung und die Einladung zu einem Erstgespräch dar, in dem wir mit Ihnen den Therapiebedarf und die formalen Rahmenbedingungen zur Aufnahme einer Therapie eingehend besprechen.

Vielen Dank für die umfassende Auskunft und Ihre Mitarbeit!

Bitte senden Sie den Fragebogen zurück an:

RHAP Beratungs-und Entwicklungs-GmbH
SZVT - Zentrum für Psychotherapie Stuttgart
Psychotherapeutische Ambulanz für Kinder-und Jugendliche
Christophstr. 8
70178 Stuttgart

Erklärung über die Zustimmung aller Sorgeberechtigter zu einer psychotherapeutischen Behandlung der/s Jugendlichen

Name der/s Jugendlichen:.....

Name des 1. Sorgeberechtigten:.....

Name des 2. Sorgeberechtigten:.....

Hiermit erklären wir uns mit der Vorstellung / Behandlung der/s oben genannten Jugendlichen in der psychotherapeutischen Ambulanz des *SZVT – Zentrum für Psychotherapie, Christophstr. 8, 70178 Stuttgart*, einverstanden.

Dies beinhaltet auch therapeutische Aktivitäten außerhalb der Therapieräume.

Ort, Datum:.....

Ort, Datum:.....

.....
Unterschrift (1. Sorgeberechtigte(r))

.....
Unterschrift (2. Sorgeberechtigte(r))

Patienteninformation zum Datenschutz - Behandlung von Kindern und Jugendlichen (Stand: 07.06.2018)

Mit den folgenden Hinweisen möchten wir Sie allgemein über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten und derer Ihres Sohnes/Ihrer Tochter durch uns informieren. Zusätzlich erhalten Sie einen Überblick über Ihre Rechte aus den Datenschutzgesetzen.

1. Verantwortliche Stelle

RHAP Beratungs- und Entwicklungs- GmbH

SZVT Zentrum für Psychotherapie Stuttgart (Kontaktdaten siehe unten)

2. Zweck der Verarbeitung und Rechtsgrundlagen

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen bzw. Ihrem Sohn/Ihrer Tochter und dem behandelnden Psychotherapeuten und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen.

Hierzu verarbeiten wir personenbezogenen Daten, insbesondere Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapievorschlüsse und Befunde, die wir oder andere Ärzte oder Psychotherapeuten erheben. Zu diesen Zwecken können uns auch andere Ärzte oder Psychotherapeuten, bei denen Ihr Sohn/Ihre Tochter in Behandlung ist, Daten zur Verfügung stellen (z.B. in Arztbriefen).

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

Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für die Behandlung Ihres Sohnes/Ihrer Tochter. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann eine sorgfältige Behandlung nicht erfolgen.

Wenn die Behandlung Ihres Sohnes/Ihrer Tochter durch eine/n unserer Psychotherapeut/in zum Zweck der Ausbildung erfolgt, werden aus den personenbezogenen Daten anonymisierte Fallbeschreibungen erstellt. Zudem hat Ihr Sohn/Ihre Tochter die Möglichkeit, zur Optimierung der Behandlung und für die gesetzlich erforderliche Supervision an Audio-/ Videoaufzeichnungen teil zu nehmen. Hierfür erbitten wir als Rechtsgrundlage Ihre Einwilligung. Die Einwilligung ist freiwillig und Sie können sie jederzeit widerrufen; ein Nachteil entsteht Ihrem Sohn/Ihrer Tochter dadurch nicht.

Die personenbezogenen Daten können auch zur Wahrung der Qualitätsstandards und zu wissenschaftlichen Forschungszwecken und Studien verarbeitet werden. Rechtsgrundlage hierfür ist Artikel 9 Abs. 2 lit. i) DSGVO in Verbindung mit Paragraf 22 Abs. 1 Nr. 1 lit. c) Bundesdatenschutzgesetz.

3. Empfänger Ihrer Daten

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten oder die Ihres Sohnes/Ihrer Tochter nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben.

Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem andere Ärzte / Psychotherapeuten, Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, Ärztekammern und privatärztliche Verrechnungsstellen sein.

Die Übermittlung erfolgt überwiegend zum Zwecke der Abrechnung der bei Ihrem Sohn/Ihrer Tochter erbrachten Leistungen, zur Klärung von medizinischen und sich aus Ihrem Versicherungsverhältnis

ergebenden Fragen. Im Einzelfall erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechnigte Empfänger, beispielsweise an Supervisoren oder Gutachter.

Wir haben spezialisierte Dienstleister beauftragt, uns zu unterstützen, dazu zählen beispielsweise Softwareanbieter, Systemadministratoren und Rechenzentrumsbetreiber. Diese haben, nur soweit für die Erbringung der Dienstleistungen unbedingt erforderlich, Zugriff auf personenbezogene Daten.

4. Speicherung Ihrer Daten

Wir bewahren die 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, zum Beispiel 30 Jahre falls dauerhafte Dokumentation sinnvoll erscheint.

Videoaufzeichnungen werden unverzüglich nach Abschluss der Ausbildung unter Supervision gelöscht.

5. Ihre Rechte

Sie bzw. Ihr Sohn/Ihre Tochter haben das Recht, über die sich selbst betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten. Auch kann die Berichtigung unrichtiger Daten verlangt werden.

Darüber hinaus steht Ihnen bzw. Ihrem Sohn/Ihrer Tochter 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 ein Einverständnis. In diesen Fällen besteht das Recht, die Einwilligung für die zukünftige Verarbeitung zu widerrufen.

Sie, bzw. Ihr Sohn/Ihre Tochter 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.

6. Unsere Kontaktdaten:

RHAP Beratungs- und Entwicklungs- GmbH
SZVT Zentrum für Psychotherapie Stuttgart
Christophstr. 8
70178 Stuttgart
Tel: 0711-9669663

Unseren betrieblichen Datenschutzbeauftragten erreichen Sie

per E-Mail: datenschutz@szvt.de

oder per Post unter vorstehender Anschrift, „zu Händen des Datenschutzbeauftragten“.