**Patientenakte | Stammdatenblatt**

**1. Name / Vorname** des/der Patient\*in: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Geb.Datum:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**2. Behandler\*in:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Zeitraum:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Behandler\*in: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Zeitraum:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Behandler\*in: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Zeitraum:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**3. Erst-/Zweitsicht** durch: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**4. Psychotherapieverfahren:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**5. Beginn** der Behandlung / Erstkontakt: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Ende**:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**6.** Gesicherte **ICD-Diagnosen**:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

7. Behandlung dauert nach Abschlussprüfung noch an: JA / NEIN

**8. Supervisor\*in**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Zeitraum:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Supervisor\*in: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Zeitraum:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Supervisor\*in: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Zeitraum:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**9. Anlagen**:

**Bericht** an den Gutachter / Supervisor\*in

Fortführungsantrag (Bericht)

Weitere Berichte

[hier bitte Kopie der Berichte anfügen]

**Erläuterungen zur Erstellung der Patientenakte**

Die Behandlung der Patienten erfolgt in der Ambulanz, daher muss die Patientenakte auch in der Ambulanz verwahrt werden und für 10 Jahre sicher gespeichert sein.

Für die ordnungsgemäße Dokumentation ist das oben angeführte Deckblatt zusammen mit ihrem Bericht an den Gutachter (bzw. bei KZT auch Bericht an die/den Supervisor\*in) ausreichend.

Es müssen **Patientenakten** für alle Patienten angelegt werden, bei denen eine Psychotherapie (und in Zukunft ggf. auch Akutbehandlung) durchgeführt wurde. Bei Patienten die nur in Sprechstunde, Probatorik oder mit der Gesprächsziffer gesehen wurden, reichen die bereits vorliegenden Abrechnungsunterlagen. Hier benötigen wir nichts von Ihnen.

Zu den einzelnen Punkten:

1. Bitte zur eindeutigen Identifizierung unbedingt auch das Geburtsdatum des Patienten angeben.
2. Geben Sie hier ihren Namen an. Die weiteren Zeilen sind für den seltenen Fall vorgesehen, dass es einen Behandlerwechsel gegeben hat (z. B. wegen einer Elternzeitunterbrechung). Bei Zeitraum können sie „vollständig“ oder „Anfang bis Ende“ angeben. Bei einem Wechsel sind Daten darüber wichtig, wer in welchem Zeitraum verantwortlich war.
3. Name des approbierten Kollegen, der einen persönlichen Kontakt zum Patienten hatte und eine grobe Indikationsstellung und eine vorläufige Einschätzung dazu vorgenommen hat, ob ein Ausbildungsfall vorliegt. [Sollte dieser Punkt unklar sein oder die Behandlung vor den aktuell gültigen Regeln begonnen worden sein, prüfen Sie bitte, ob sie hier ihren Supervisor eintragen können. Sollte das Datum verloren sein, lassen sie es bitte aus]
4. Tragen Sie das Therapieverfahren (z.B. TP, PA, KJP-TP, TP-Gruppe) bzw. bei einem Wechsel auch beide Therapieverfahren ein.
5. Selbsterklärend.
6. Selbsterklärend.
7. Wenn sie die Patientenakte abgeben, da sie die Prüfung absolviert haben, die Behandlung aber noch zu Ende führen benötigen wir hier einen Hinweis, bei Rückfragen können wir das letztgültige Behandlungsende aus den Abrechnungsdaten nachtragen.
8. Geben sie den Namen ihrer Supervisorin / ihres Supervisors an. Zeitraum ist in der Regel „vollständig“. Im Falle eines SV-Wechsels (z.B. bei längerer Erkrankung) werden die Verantwortungszeiträume mit Datum relevant.
9. Der erste Bericht ist wichtiger Bestandteil der Patientenakte und gibt hinreichend Einblick in die Inhalte der Behandlung. Wenn weitere Berichte erstellt wurden, sollten diese ebenfalls eingefügt werden.

Speichern Sie das Dokument bitte als pdf-Datei. Als Dokumentennamen wählen Sie bitte die Chiffre der Patientin / des Patienten. [Beispiel: A110287].

Die Datei verschlüsseln Sie bitte mit dem Passwort: Lerchenfeld1 [nur der erste Buchstabe Groß geschrieben] und senden die Datei an ambulanz@aph-online.de. Wir werden prüfen, ob wir die Datei öffnen können und ihnen dies bestätigen. Wir werden diese Datei 10 Jahre speichern und sind anschließend verpflichtet diese Datei zu löschen. Alle Papier-Dokumente, welche wir von Ihnen erhalten haben, haben einen spezifischen Zweck. Sobald der Zweck erfüllt ist, sind wir nach Datenschutzverordnung (DSGVO) verpflichtet diese Dokumente zu vernichten (also z. B. nach einer Abrechnung von einem Quartal werden die Überweisungsscheine vernichtet).

Anschließend ist die Behandlung des Patienten für Sie nun wirklich beendet.

**Exkurs pdf-Verschlüsselung**

Sie brauchen ggf. eine Software. Hier können Sie z.B. den kostenlosen „pdf creator“ in den geläufigen Suchmaschinen finden.

Nach dem Installieren des Programms gehen Sie oben im Auswahlmenü auf „Profile“ und dann im linken Auswahlmenü auf „Sicherheit“ Unter „Sicherheit“ kreuzen Sie „Verschlüsselung“ an und tragen dann im rechten Haupt-Fester unter „Passwort“ Lerchenfeld1 ein.

Unter „Home“ haben Sie in der Mitte die Auswahl „Wählen sie eine Datei zum Konvertieren“. Hier können Sie ihre Datei als Word/Openoffice/pdf-Datei auswählen. Anschließend öffnet sich ein Fenster zum speichern/konvertieren. Hier drücken sie erst speichern, anschließend werden Sie gebeten erneut das Passwort einzutragen. Geben Sie hier erneut „Lerchenfeld1“ an. Anschließend ist eine Datei mit diesem Passwort erstellt.