

everyBody Plus: Wartezeit auf ambulante Psychotherapie sinnvoll nutzen

Liebe Interessentin,

wir freuen uns, dass Sie everyBody Plus zur Überbrückung Ihrer Wartezeit auf eine ambulante Psychotherapie nutzen möchten. Gern möchten wir Ihnen die Studienteilnahme ermöglichen. Bevor Sie jedoch Zugang zur Studienplattform erhalten können, ist es erforderlich, dass wir die Ein- und Ausschlusskriterien für eine Studienteilnahme überprüfen.

Zum Zwecke der Überprüfung der Ein- und Ausschlusskriterien drucken Sie bitte das nachfolgende **Auskunftsformular** aus und lassen Sie dieses von einem **Psychotherapeuten oder Arzt** (z.B. Ihrem Hausarzt) ausfüllen, unterschreiben und abstempeln. Schicken Sie dieses Formular zusammen mit der von Ihnen unterschriebenen Einwilligungserklärung **per Post** an folgende Adresse:

TU Dresden
Institut für Klinische Psychologie und Psychotherapie
Professur für Essstörungen
everyBody Plus Studienteam
01062 Dresden

Nach Erhalt beider Formulare nehmen wir Kontakt zu Ihnen auf. Ohne die beiden unterzeichneten Formulare ist die Teilnahme an der Studie leider nicht möglich. Bei Erfüllung der Einschlusskriterien und Nicht-Erfüllung der Ausschlusskriterien senden wir Ihnen einen persönlichen Zugangscode zur Anmeldung auf der Studienplattform sowie eine ausführliche Probandeninformation an die auf dem Auskunftsformular angegebene Adresse.

Fragen zur Studienteilnahme beantworten wir Ihnen gern unter everybody-plus@mailbox.tu-dresden.de oder 0351-463-38570. Nähere Informationen zur Studie erhalten Sie außerdem auf unserer Studienwebsite (www.icare-online.eu/de/everybody-plus.html).

Herzliche Grüße,

Ihr everyBody Plus-Team

everyBody Plus: Wartezeit auf ambulante Psychotherapie sinnvoll nutzen

Hiermit bestätige ich, dass bei

Frau _____ geb. am: _____

Adresse: _____

eine **Essstörung mit regelmäßigen Essanfällen** (Bulimia nervosa, Binge Eating Störung, andere Essstörung mit regelmäßigen Essanfällen) vorliegt. Eine ambulante psychotherapeutische Behandlung ist angezeigt.

Die Patientin

- wurde von mir an einen Facharzt/ Psychotherapeuten verwiesen.
- wird bei mir eine psychotherapeutische Behandlung aufnehmen, voraussichtlich ab _____.
- Ich bin bereit, im Rahmen der Studie¹ gegen Vergütung Informationen zu in Anspruch genommenen Leistungen zur Verfügung zu stellen und bitte um Zusendung von Studienmaterial.

Prüfung der Ein- und Ausschlusskriterien (bitte Zutreffendes ankreuzen)

Die Patientin hatte in den letzten 3 Monaten regelmäßig (mind. 1x/Woche) Essanfälle mit Kontrollverlust.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Die Patientin wendete in den letzten 3 Monaten regelmäßig (mind. 1x/Woche) unangemessene, einer Gewichtszunahme gegensteuernde Maßnahmen (z.B. selbstinduziertes Erbrechen, Missbrauch von Laxantien, Diuretika oder anderen Arzneimitteln, Fasten) an.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Der BMI der Patientin liegt über 18,5kg/m² .	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Die Patientin nimmt ein Antidepressivum ein. [Wenn ja:] <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> seit weniger als 4 Wochen. <input type="checkbox"/> seit mindestens 4 Wochen mit stabiler Dosis. 	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Bei der Patientin bestehen keine schwerwiegenden komorbiden psychischen Erkrankungen , die meiner Einschätzung nach vorrangig vor der Essstörung behandelt werden sollten (z.B. Substanzabhängigkeit, psychotische Störungen, Suizidalität); es besteht keine Indikation für eine stationäre Behandlung .	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Praxisstempel, Datum und Unterschrift

¹Nähere Hinweise zur Studie können den Informationen für Therapeuten, abrufbar unter <https://icare-online.eu/de/everybody-plus.html>, entnommen werden.

everyBody Plus: Wartezeit auf ambulante Psychotherapie sinnvoll nutzen

Einwilligungserklärung

Mit dem Zusenden des ausgefüllten Fragebogens willige ich ein, für den Zweck dieser Studie von der Studienzentrale kontaktiert zu werden. Ich versichere, dass die Angaben von einem Psychotherapeut oder Arzt eingetragen wurden und ich im Nachhinein keine Änderungen am Formular vorgenommen habe. Zum Zwecke der Überprüfung der Ein- und Ausschlusskriterien der Studie habe ich meinen Psychotherapeuten/meinen Arzt von der ärztlichen Schweigepflicht in Bezug auf die im Formular getätigten Angaben entbunden.

Die im Formular enthaltenen Angaben zu meiner Person werden nach den gesetzlichen Bestimmungen zum Datenschutz absolut vertraulich behandelt und ausschließlich zur Überprüfung der Ein- und Ausschlusskriterien sowie zur Kontaktaufnahme verwendet. Sie sind ausschließlich den Studienmitarbeitern zugänglich und werden nicht an Dritte weitergegeben. Die Daten aus dem Formular werden nicht auf die Studienplattform übertragen, sodass keine direkte Zuordnung meiner Kontaktdaten zu meinen Daten auf der Studienplattform möglich ist. Die mit dem Formular übermittelten Kontaktdaten werden gelöscht, sobald ich mich auf der Studienplattform angemeldet habe, spätestens 6 Monate nach Zugang bei der Studienzentrale. Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung ohne Rechtsfolgen verweigern oder ohne Angaben von Gründen jederzeit formlos bei der Studienzentrale widerrufen kann. Bei Nicht-Einwilligung oder Widerruf der Einwilligung entstehen für mich keinerlei Nachteile.

Mir ist außerdem bekannt, dass ich nur bei Erfüllung der Einschlusskriterien sowie Nicht-Erfüllung der Ausschlusskriterien und nach Erhalt eines persönlichen Zugangscodes von der Studienzentrale an der Studie teilnehmen kann. Gemeinsam mit dem Zugangscodes wird mir eine Probandeninformation für die Teilnahme an der Studie zugeschickt. Die Probandeninformation ist ebenso auf der Studienwebsite www.icare-online.eu/de/everybody-plus.html abrufbar. Um mich nach Erhalt des Zugangscodes auf der Studienplattform anmelden zu können, muss ich online in die Teilnahme an der Studie und die Datenschutzbestimmungen einwilligen.



Unterschrift und Name der Patientin

Ort, Datum

everyBody Plus: Wartezeit auf ambulante Psychotherapie sinnvoll nutzen

[für den Psychotherapeuten/Arzt]

Sehr geehrt Damen und Herren,

im Rahmen einer Studie an der TU Dresden bieten wir Frauen, die von einer Essstörung mit regelmäßigen Essanfällen betroffen sind und eine ambulante Psychotherapie in Anspruch nehmen möchten, die Teilnahme an einem Online-Programm zur Überbrückung der Wartezeit an. Bevor betroffene Frauen jedoch Zugang zur Studienplattform erhalten können, ist es erforderlich, dass ein Psychotherapeut oder Arzt die bestehende Essstörungssymptomatik bestätigt/einschätzt, damit wir die Ein- und Ausschlusskriterien für eine Studienteilnahme überprüfen können. Hierfür wird die Patientin mit einem entsprechenden Formular auf Sie zukommen. Zu Ihrer eigenen Absicherung haben wir eine Einwilligungserklärung in die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht im Hinblick auf das Ausfüllen des Auskunftsformulars für Ihre Akten vorbereitet.

Bei Fragen wenden Sie sich bitte an das Studienteam (Kontakt Daten siehe unten).

Einwilligungserklärung

in die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Ich _____ [NAME], _____ [VORNAME] willige ein, dass Frau/Herr _____ [Name und Anschrift des Psychotherapeuten bzw. Arztes] Angaben zu meiner aktuellen Essstörungssymptomatik in das Auskunftsformular zur Überprüfung der Ein- und Ausschlusskriterien für die Studienteilnahme an everyBody Plus einträgt. Die Schweigepflichtentbindung bezieht sich ausschließlich auf die im Formular verlangten Angaben zur Überprüfung der Symptomatik. Die Übermittlung des ausgefüllten Formulars an die Studienzentrale¹ soll durch mich als Patientin erfolgen.

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung in die Entbindung von der Schweigepflicht ohne Rechtsfolgen verweigern oder jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.



Unterschrift und Name der Patientin

Ort, Datum

¹Professur Grundlagen und Interventionen bei Essstörungen und assoziierten Störungen, Institut für Klinische Psychologie und Psychotherapie, TU Dresden, Chemnitz Str. 46, 01187 Dresden