

Patienteninformation, Einverständniserklärung und Anamnesebogen

Privatpraxis für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

Dipl. Soz.päd. Dijana Palm
Franz-Kirrmeier-Str. 18a, 67346 Speyer
Tel.: 0155-62523401
E-Mail: palm@therapieraum-kiju.de
Web: www.therapieraum-kiju.de

Daten des Kindes

- **Name des Kindes:** _____
- **Geburtsdatum:** _____
- **Adresse:** _____
- **Kita/ Schule:** _____
- **Klasse:** _____
- **Telefon:** _____
- **E-Mail-Adresse:** _____

Daten der Sorgeberechtigten

- **Name Sorgeberechtigter (1):** _____
- **Name Sorgeberechtigter (2):** _____
- **Telefon (1):** _____ **Telefon (2):** _____
- **E-Mail-Adresse (1):** _____
- **E-Mail-Adresse (2):** _____
- **Sorgerecht:** Beide Sorgeberechtigte Alleiniges Sorgerecht (Nachweis erforderlich)

Versicherungsinformationen

- **Krankenkasse:** _____
- **Versichertennummer:** _____
- **Hauptversicherer:** _____

- **Übernommene Stunden pro Jahr:** _____
- **Antrag auf Kostenübernahme:** Ja Nein

Regelungen zur Psychotherapie

Was ist Verhaltenstherapie

Das Behandlungsverfahren der Praxis ist die kognitive Verhaltenstherapie. In der Behandlung kommen Verfahren zum Einsatz, die sich zuvor als wissenschaftlich belegt erwiesen haben. Das Ziel der Verhaltenstherapie ist es, Menschen zu helfen, ihr Denken, Fühlen und Handeln zu verändern, um somit ihre Probleme und Symptome zukünftig selbstständig meistern zu können. Diese Veränderungen können in einer vertrauensvollen Beziehung erreicht werden, in der Therapeut, Patient und Bezugspersonen gemeinsame Lösungen für die zu behandelnden Probleme entwickeln. Im Gespräch, im Spiel oder in Übungen werden Veränderungen im Erleben und Handeln vorbereitet und gefördert. Eine Vielzahl von Methoden kann dabei eingesetzt werden, z.B. Konfrontation mit problematischen Situationen, die Veränderung bestimmter gedanklicher Bewertungen oder die Einübung von neuen Verhaltensweisen (z. B. sozial kompetentes Verhalten, Entspannung). Am Anfang der Behandlung steht eine ausführliche Informationsvermittlung über die Erkrankung und deren Behandlungsmöglichkeiten. Zwischen den Therapiesitzungen wird Ihr Kind durch die Ausführung von praktischen Übungen neue Herangehensweisen erproben können. Die Behandlung richtet sich nach den anfänglich gemeinsam besprochenen Therapiezielen. Ein wichtiges Merkmal der Verhaltenstherapie ist die Transparenz der Behandlung. Die Behandlungsziele und -methoden werden zusammen mit Ihnen und Ihrem Kind festgelegt und ausführlich erklärt. Bei Rückfragen oder Anmerkungen darf und soll offen mit Unklarheiten umgegangen werden, um diese gemeinsam zu klären. Vor allem zu Beginn einer Therapie kann es vorkommen, dass sich die Symptomatik schnell verbessert oder auch verschlechtert. Dies ist jedoch normal und sollte mit der Therapeutin oder dem Therapeuten besprochen werden. Suizidale Gedanken oder Impulse sollten unbedingt offen angesprochen und mitgeteilt werden, um entsprechende Maßnahmen zur Abwendung einer Selbstgefährdung einleiten zu können.

Regelmäßigkeit der Sitzungen

- Psychotherapiesitzungen beginnen pünktlich zur vollen Stunde und dauern 50 Minuten.
- Sitzungen finden normalerweise wöchentlich statt. In Ausnahmefällen können auch zwei Sitzungen pro Woche vereinbart werden.
- Zum Ende der Behandlung kann der Rhythmus auf zwei-, drei- oder vierwöchentlich angepasst werden.

Ausfallhonorar

- Vereinbarte Sitzungen müssen mindestens 48 Stunden vorher abgesagt werden. Andernfalls wird ein Ausfallhonorar von 60 € berechnet.
- Das Ausfallhonorar wird nicht von der Krankenkasse erstattet.

Abrechnung

- Psychotherapiesitzungen bei privater Kostenerstattung sowie das Ausfallhonorar werden in der Regel monatlich in Rechnung gestellt.
- Die Zahlung erfolgt direkt an die behandelnde Psychotherapeutin.
- Nicht übernommene Leistungen werden vom Versicherten übernommen. Die Abrechnung orientiert sich an den neuen GOP Empfehlungen vom Juli 2024.

Beginn der Therapie

- Die Kostenübernahme für eine Psychotherapie muss bei der Krankenkasse beantragt werden. Die ersten 5 Sitzungen (probatorische Sitzungen oder Sprechstunden) sind hiervon meist ausgenommen.
- Formulare werden über die Praxis an die Krankenkasse weitergeleitet. Nach schriftlicher Kostenübernahmebestätigung durch die Krankenkasse kann die Therapie beginnen.

Weitergabe von Daten

- Die behandelnde Psychotherapeutin unterliegt der Schweigepflicht.
- Notwendige Behandlungsdaten können an den überweisenden Arzt sowie die Krankenkasse oder deren beauftragte Gutachter übermittelt werden, sofern dies für die Therapie erforderlich ist.

Datenschutzerklärung

Die Verarbeitung der personenbezogenen Daten erfolgt ausschließlich zum Zweck der Durchführung der Psychotherapie, Dokumentation und Abrechnung.

Rechtsgrundlage

Die Verarbeitung erfolgt auf Grundlage von Art. 6 Abs. 1 lit. b DSGVO (Erfüllung eines Vertrages) sowie Art. 9 Abs. 2 lit. h DSGVO (medizinische Behandlung).

Speicherdauer

Die Daten werden für die Dauer der Therapie und gemäß gesetzlicher Aufbewahrungsfristen (in der Regel 10 Jahre nach Behandlungsende) gespeichert.

Weitergabe der Daten

Eine Weitergabe der Daten erfolgt nur, soweit dies für die Durchführung der Therapie, Abrechnung oder gesetzlich vorgeschrieben ist.

Betroffenenrechte

Sie haben das Recht auf:

- Auskunft über die gespeicherten Daten,
- Berichtigung unrichtiger Daten,
- Löschung der Daten (soweit keine gesetzlichen Aufbewahrungsfristen bestehen),
- Einschränkung der Verarbeitung,
- Datenübertragbarkeit sowie
- Widerspruch gegen die Verarbeitung, soweit diese auf Grundlage eines berechtigten Interesses erfolgt.

Beschwerderecht

Sie haben das Recht, sich bei einer Datenschutzaufsichtsbehörde zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer Daten gegen Datenschutzrecht verstößt.

Einwilligungserklärung

- **Zustimmung zur Behandlung:**
Ich/Wir, die Sorgeberechtigten von _____, stimmen der Beratung, diagnostischen Abklärung und Behandlung zu.
- **Zustimmung zur Datenverarbeitung:**
Ich/Wir erkläre(n) mich/uns einverstanden, dass die personenbezogenen Daten im Rahmen der Therapie erhoben, verarbeitet und gespeichert werden.
- **Ort, Datum:** _____
- **Unterschrift Sorgeberechtigter (1):** _____
- **Unterschrift Sorgeberechtigter (2):** _____
- **Widerruf der Einwilligung**
- Die Einwilligung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

Anamnese

Vorstellungsgrund und aktuelle Probleme

- **Beschreiben Sie die Schwierigkeiten Ihres Kindes:**

- **Wann traten die Auffälligkeiten auf und gab es ein besonderes Ereignis, dass damit zusammenfiel?**

- **Was haben sie bisher versucht, um das Problem zu bewältigen?**

- **Betroffene Bereiche:**

- Schulleistungen
- Aufmerksamkeit/Konzentration
- Familiäre Schwierigkeiten
- Konflikte mit anderen Kindern
- Ängste
- Rückzug/Traurigkeit
- Sonstiges: _____

Blickkontakt meidend

sonstiges

• **Wie war/ ist die Betreuung im Kindergarten**

ganztags

halbtags

• **Gab es Verhaltensauffälligkeiten während der Kindergartenzeit?**

Angst vor/ Trennungsangst

Kontaktschwierigkeiten

Aggressionen (verbal/körperlich)

Wutausbrüche

zappelig

Kopf- oder Bauchschmerzen

• **Wann erfolgte die Einschulung, gab es eine Klassenwiederholung oder besondere Schwierigkeiten in der Grundschulzeit?**

• **Welche Schulform für die weiterführende Schule wurde empfohlen, gab es Klassenwiederholungen und gab oder gibt es Verhaltensauffälligkeiten in der Schule?**

• **Wie schätzen sie die schulischen Leistungen ihres Kindes ein. Sind die Hausaufgaben regelmäßig gemacht?**

-
- **Wie lange braucht ihr Kind für die Hausaufgaben und wie arbeitet es dabei (abgelenkt, verträumt, bewegt sich viel, unordentlich, braucht Hilfe, selbstständig etc.) ?**
-
-

Medizinische und psychologische Vorgeschichte

- **Chronische Erkrankungen oder Allergien:**
-
- **Bisherige medikamentöse Behandlungen:**
-
- **Frühere Therapien, Fördermaßnahmen oder Klinikaufenthalte (z. B. Ergotherapie, Psychotherapie, Frühförderung etc.). Fall Berichte vorhanden sind, bringen sie diese bitte mit.**
-
-
-

- **Familienstand der Eltern:**

Verheiratet Zusammenlebend Getrennt Geschieden

Wiederverheiratet

- **Wer lebt im Haushalt?**
-

- **Wohnsituation:** Mietwohnung Eigentumswohnung Haus (mit/ohne Garten)
- **Schlafsituation (eigenes Zimmer, Einschlaf- Durchschlafproblematik vorhanden?):**

-
-
- **Gibt es Soziale Kontakte, mit denen sich Ihr Kind regelmäßig trifft?**

-
- **Zeit mit digitalen Medien. Ist der Medienkonsum ein Streitthema innerhalb der Familie?**

-
- **Hat ihr Kind Hobbys bzw. womit beschäftigt es sich in seiner Freizeit?**

-
- **Gibt es besondere Belastungen in der Familie, z.B. psychische oder chronischen Erkrankungen?**

-
- **Stärken der Familie, was ist schön an ihrer Familie, was unternehmen sie gerne gemeinsam:**

-
- **Finden gemeinsame Mahlzeiten statt und wie zeigen sie ihrem Kind, dass sie es mögen?**

-
- **Welche Regeln und Konsequenzen/ Strafen gibt es bei ihnen zu Hause?**
-
-