

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](mailto:palm@therapieraum-kiju.de)

## Aufnahmeformular Psychotherapie für Kinder und Jugendliche

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](mailto:palm@therapieraum-kiju.de)  
Stand: 18.07.2025

Dieses Formular dient der Aufnahme und Information für die psychotherapeutische Behandlung von Kindern und Jugendlichen in der Privatpraxis für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. Es enthält wichtige Hinweise zu Therapie, Kosten, Datenschutz und zur Anamnese. Bitte lesen Sie alle Informationen sorgfältig und füllen Sie die relevanten Felder vollständig aus.

### 1. Angaben zum Kind

Name:

Geburtsdatum:

Adresse:

E-Mail:

### 2. Sorgeberechtigte

Sorgeberechtigter (1): Name, Alter Telefon, E-Mai ggf. abweichende Adresse

Sorgeberechtigter (2): Name, Alter Telefon, E-Mai ggf. abweichende Adresse

Sorgerecht:

Beide Sorgeberechtigte       Alleiniges Sorgerecht (Nachweis erforderlich)

### 3. Versicherungsinformationen

Krankenkasse:

Hauptversicherer:

## Übernommene Stunden pro Jahr:

---

Bitte klären Sie vor Therapiebeginn schriftlich mit Ihrer Versicherung, welche Leistungen übernommen werden. Nicht erstattete Kosten sind privat zu tragen.

## 4. Information zur Verhaltenstherapie

Die kognitive Verhaltenstherapie ist ein wissenschaftlich fundiertes Verfahren, das Kindern und Jugendlichen hilft, ihr Denken, Fühlen und Handeln zu verstehen und zu verändern. Das Ziel ist, dass Ihr Kind zukünftig Strategien erlernt, um Probleme selbstständig zu bewältigen. Therapeutin, Kind und Bezugspersonen arbeiten dabei gemeinsam und transparent an Veränderungszielen. Zu den Methoden können Konfrontationsübungen, Gedankenarbeit und das Einüben neuer Verhaltensweisen gehören.

Vor Therapiebeginn finden bis zu fünf psychotherapeutischen Sprechstunden sowie bis zu fünf probatorische Sitzungen (Kennenlern- und Diagnosetermine) statt. Ein ärztlicher Konsiliarbericht ist Voraussetzung für die Antragstellung bei privaten Krankenversicherungen. Bitte klären Sie vorab mit Ihrer Versicherung, welche Leistungen übernommen werden. Nicht erstattete Kosten sind privat zu tragen.

### Rahmenbedingungen:

- Sitzungsdauer: 50 Minuten
- Frequenz: i. d. R. wöchentlich, später ggf. 14-tägig
- Absagefrist: mindestens 48 Stunden vorher, sonst 60 € Ausfallhonorar (nicht erstattungsfähig)

In akuten Krisen oder Notfällen (z. B. akute Selbst- oder Fremdgefährdung) wenden Sie sich bitte umgehend an den ärztlichen Bereitschaftsdienst (116 117) oder die nächste psychiatrische Klinik.

## 5. Datenschutzerklärung

Ihre personenbezogenen Daten werden ausschließlich zum Zweck der psychotherapeutischen Behandlung, Dokumentation und Abrechnung gemäß Art. 6 Abs. 1 lit. b und Art. 9 Abs. 2 lit. h DSGVO verarbeitet. Ein Widerruf dieser Einwilligung ist jederzeit ohne Angabe von Gründen möglich und hat keine Auswirkungen auf die bereits rechtmäßig erfolgte Verarbeitung.

**Specherdauer:** Die Daten werden für die Dauer der Behandlung und darüber hinaus gemäß gesetzlicher Aufbewahrungspflichten (i. d. R. 10 Jahre nach Behandlungsende) gespeichert.

**Weitergabe:** Eine Weitergabe erfolgt nur, wenn dies für die Behandlung erforderlich oder gesetzlich vorgeschrieben ist (z. B. an Ärzte, Krankenkassen).

**Ihre Rechte:** Auskunft, Berichtigung, Löschung (sofern keine Aufbewahrungspflicht besteht), Einschränkung der Verarbeitung, Datenübertragbarkeit und Widerspruch. Zudem haben Sie das Recht, sich bei einer Datenschutzaufsichtsbehörde zu beschweren.

## 6. Einwilligungserklärung

### Zustimmung zur Behandlung:

Ich/Wir, die Sorgeberechtigten von \_\_\_\_\_, stimmen der psychotherapeutischen Beratung, Diagnostik und Behandlung zu.

### Zustimmung zur Datenverarbeitung:

Ich/Wir erkläre(n) mich/uns einverstanden, dass personenbezogene Daten im Rahmen der Therapie erhoben, verarbeitet und gespeichert werden.

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift Sorgeberechtigter (1): \_\_\_\_\_

Unterschrift Sorgeberechtigter (2): \_\_\_\_\_

Die Einwilligung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

Hinweis: Bei gemeinsamem Sorgerecht sind beide Unterschriften erforderlich. Die Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden.

## 7. Leistungsübersicht gemäß GOP (Stand 01.07.2024)

Die Abrechnung psychotherapeutischer Leistungen erfolgt gemäß der Gebührenordnung für Psychotherapeuten (GOP). Bitte beachten Sie, dass einige private Krankenversicherungen bestimmte Leistungen, insbesondere Analogziffern, nicht erstatten. Nicht übernommene Kosten sind von den Sorgeberechtigten privat zu tragen. Die Rechnungsstellung erfolgt monatlich. In der Tabelle finden sie die am häufigsten verwendeten Ziffern. Flankierende Ziffern kommen je nach Bedarf, wie z.B. bei Hausbesuchen dazu.

	Leistung	2,3-/3,5-fach (€)
870	Probatorische Sitzung (50 Min. x 5)	100,55 / 153,00
860	Biographische Anamnese (1x)	123,34 / 187,69
812a	Sprechstunde/ Akutbehandlung/ KZT	134,06 / 204,00
801a	Psychischer Befund (zzgl. 870, 812a)	33,52 / 51,00
817a	Elternberatung	24,13 / -
75	Befundbericht	17,43 / 26,52
85a	Gutachten (je Std.)	67,03 / 102,00
855a	Testdiagnostik je 3 Verfahren	75,75

## 8. Biographische Anamnese

Für eine erfolgreiche Beratung und Behandlung benötigen wir zusätzliche Informationen von Ihnen. Bitte bearbeiten sie den folgenden Fragebogen sorgfältig Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt!

### Vorstellungsgrund

Kreuzen Sie bitte an, in welchen Bereichen Sie die Probleme Ihres Kindes vermuten:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Schulleistungen               | <input type="checkbox"/> Familiäre Schwierigkeiten    |
| <input type="checkbox"/> Streit / Konflikte            | <input type="checkbox"/> Traurigkeit / Rückzug        |
| <input type="checkbox"/> Aufmerksamkeit, Konzentration | <input type="checkbox"/> Probleme mit anderen Kindern |
| <input type="checkbox"/> Ängste                        | <input type="checkbox"/> Sonstiges:                   |
- 

Bitte beschreiben Sie die Schwierigkeiten, die Ihr Kind betreffen, mit eigenen Worten: (Verwenden Sie dazu im gesamten Fragebogen gegebenenfalls auch die Rückseite des Fragebogens)

---

---

---

Wie alt war Ihr Kind, als Sie die ersten Auffälligkeiten bemerkten? \_\_\_\_\_

Fähigkeiten und Stärken Ihres Kindes (dazu gehören Neigungen, Interessen, Fähigkeiten, Hobbys, Sportarten/Vereine etc.):

---

---

---

### Angaben zu Vorbehandlungen

Wo wurde Ihr Kind bereits vorgestellt oder behandelt?

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Krankengymnastik               | <input type="checkbox"/> ambulante Psychotherapie       | <input type="checkbox"/> ambulanter Kinder- und Jugendpsychiater                 |
| <input type="checkbox"/> Logopädie                      | <input type="checkbox"/> Eltern-Kind-Kur                | <input type="checkbox"/> Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie / Kinderklinik |
| <input type="checkbox"/> HNO oder Pädaudiologie         | <input type="checkbox"/> Ergotherapie                   |  |
| <input type="checkbox"/> Frühe Hilfen/<br>Frühförderung | <input type="checkbox"/> Beratungsstelle                |  |
|   | <input type="checkbox"/> Sozialpädiatrisches<br>Zentrum |  |

Bitte geben Sie bei Therapien Grund und Dauer an:

---

---

Entwicklungsgeschichte des Kindes

Um die wievielte Schwangerschaft handelte es sich? \_\_\_\_\_

Wie verlief die Schwangerschaft mit Ihrem Kind?

- Stress
- Komplikationen (z.B. vorzeitige Wehen etc.), welche? \_\_\_\_\_
- andere Besonderheiten: \_\_\_\_\_

Angaben zur Geburt:

In welcher Schwangerschaftswoche kam Ihr Kind zur Welt? \_\_\_\_\_

- Kaiserschnitt
- sonstige  
Komplikationen: \_\_\_\_\_
- Saugglocke

Geburtsgewicht Ihres Kindes: \_\_\_\_\_

Traten im Säuglings- und/oder Kleinkindalter Schwierigkeiten auf?

- Neugeborenenerkrankungen/ -infektionen (Gelbfieber etc.)
- Fütterungsprobleme/ Spei- oder Spuckkind
- Anhaltendes Schreien, Kind war schwer zu beruhigen, Schlafprobleme
- Kind wies Körperkontakt ab
- Schwerwiegende Erkrankungen: \_\_\_\_\_
- Anderes: \_\_\_\_\_

Wie verlief die Sauberkeitsentwicklung Ihres Kindes?

Trug/trägt Ihr Kind noch Windeln nach dem 4. Geburtstag (tags? nachts?), bitte beschreiben:

---

Wie wurde Ihr Kind vor dem Eintritt in den Kindergarten betreut?

- Innerhalb der Familie
- Krippe
- Tagesmutter ab dem Alter von \_\_\_\_\_

Wie alt war Ihr Kind, als es in den Kindergarten kam? \_\_\_\_\_

Wurden im Kindergarten Auffälligkeiten beobachtet? Bitte beschreiben:

---

---

Angaben zum Schulbesuch:

Welche Schule besucht Ihr Kind aktuell? \_\_\_\_\_

Welche Klassenstufe? \_\_\_\_\_

Letzte Zeugnisnote in Deutsch: \_\_\_\_\_ Letzte Zeugnisnote in Mathe: \_\_\_\_\_

Traten in der Grundschule Besonderheiten auf? In welcher Klasse und welche?

---

---

Traten in der weiterführenden Schule Besonderheiten auf? In welcher Klasse und welche?

---

---

Hat Ihr Kind eine Klasse wiederholt?  Nein  Ja, welche: \_\_\_\_\_

Angaben zur Schullaufbahn:

Schule	Klassenstufe von - bis	Grund für den Schulwechsel

Erkrankungen und Familienanamnese

Hat/ Hatte Ihr Kind körperliche Erkrankungen oder Einschränkungen? [z.B. Asthma bronchiale, rheumatische Erkrankungen, Allergien, angeborene Erkrankungen, wie Herzfehler, Sehschwäche (Braucht das Kind eine Brille?), Hörschaden etc.]

Nein  Ja, welche:

---

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?

Nein  Ja, welche: \_\_\_\_\_

War Ihr Kind schon einmal stationär in einer Klinik?  Nein  Ja, bitte angeben:

	Wo?	Warum?	Wann?	Wie lange?
1.				
2.				
3.				

Sind in Familie oder Verwandtschaft chronische (z.B. Herz- oder Schmerzerkrankungen), körperliche (z.B. Krebserkrankungen) oder psychische Erkrankungen (z.B. Depression, Angsterkrankung, Alkoholkrankheit) bekannt?

Nein     Ja, bitte beschreiben Sie:

---

---

---

Gab oder gibt es andere belastende Lebensereignisse?

Nein.     Ja, welche: \_\_\_\_\_

#### Angaben zu Familie und Lebenssituation

Wer sind die Hauptbezugspersonen des Kindes?

Mutter     Vater     beide Eltern     Andere, wer: \_\_\_\_\_

Geschwister:  keine     ja (bitte geben Sie das Geschlecht und das Alter der Geschwisterkinder an):

Vorname

Alter

Halbgeschw.     Stiefgeschw.

lebt außer  ja     nein  
Haus

Vorname

Halbgeschw.     Stiefgeschw.

lebt außer  ja     nein  
Haus

Vorname

Alter

Halbgeschw.     Stiefgeschw.

lebt außer  ja     nein  
Haus

Vorname

Alter

Halbgeschw.     Stiefgeschw.

lebt außer  ja     nein  
Haus

Vorname

Alter

Wer sind weitere wichtige Bezugspersonen Ihres Kindes?

- Oma bzw. Großeltern
- Geschwisterkind, welches: \_\_\_\_\_
- andere Verwandte, wer: \_\_\_\_\_
- Andere, wer: \_\_\_\_\_

Leben die Eltern getrennt?  nein  ja, seit (Alter des Kindes bei Trennung): \_\_\_\_\_

Bei wem lebt das Kind? \_\_\_\_\_

Wie häufig ist der Kontakt zum anderen Elternteil und wie gestalten sich die Kontakte?

---

Gab es Kontakt zu Behörden?

- Nein  Ja, nämlich:  Jugendamt  Arbeitsamt  Schulamt  
 Familienhilfe (SPFH)  Schulbegleitung seit \_\_\_\_\_

Bitte geben Sie Ihren höchsten Schulabschluss an:

Mutter: \_\_\_\_\_ Vater: \_\_\_\_\_

Bitte geben Sie ihre aktuell ausgeübte Berufstätigkeit an (Art der Tätigkeit; Voll- bzw. Teilzeit):

Mutter: \_\_\_\_\_

Vater: \_\_\_\_\_

Bitte geben Sie ihr Geburtsdatum an:

Mutter: \_\_\_\_\_ Vater: \_\_\_\_\_

Gibt es weitere Informationen, die für uns wichtig sein können?

---

---

Dieser Fragebogen wurde ausgefüllt von:

- Mutter  Vater  Andere, wer: \_\_\_\_\_