



Dipl. Heilpädagogin  
**Konstanze Berg**

Praxis für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie  
Hauptstr. 55, 50126 Bergheim  
Telefon: 02271-5075841  
k.berg@therapie-bergheim.de  
www.therapie-bergheim.de

## **Patienteninformationen, Anamnesebogen, Schweigepflichtsentbindung, Einverständnis Sorgeberechtigter, Einverständnis E-Mail Korrespondenz**

---

Liebe Patienten, liebe Bezugsperson,

Sie haben sich zur Aufnahme einer Psychotherapie in meiner Praxis für Kinder und Jugendlichenpsychotherapie entschieden. Ich möchte gerne einige für den Therapieverlauf wichtige Dinge klären und mit Ihnen vereinbaren.

### **Patienteninformationen**

1. **Beantragung, Ablauf und Beendigung der Therapie:** eine Therapiesitzung dauert in der Regel 50 Minuten, eine Gruppentherapiesitzung 100min. Die Kosten der Sprechstunden und probatorischen Stunden übernimmt die gesetzliche Krankenkasse und es ist hierzu keine Überweisung erforderlich. Nach der Probatorik wird mit Ihnen, bei Indikation, gemeinsam ein Antrag auf Psychotherapie an Ihre Krankenkasse gestellt, da Psychotherapie eine genehmigungspflichtige Leistungen der Krankenkasse ist. In manchen Fällen wird außerdem ein Konsiliarbericht also ein Bericht über eventuell vorliegende körperliche Erkrankung eines Haus-, Kinder- oder Facharztes erforderlich. Wenn die Krankenkasse den Antrag bewilligt und eine Kostenzusage erteilt hat, kann die Therapie beginnen. Die Beendigung oder der Abbruch der Therapie muss der Krankenkasse mitgeteilt werden.
2. Zum Erstgespräch bitte eine gültige **Versichertenkarte** für das Kind bzw. den Jugendlichen bzw. einen vergleichbaren Nachweis wie ein Abrechnungsschein (z.B. vom Sozialamt) mitbringen. Sollte mir keine Versichertenkarte oder sonstiger Nachweis vorliegen, werde ich Ihnen die erbrachten Leistungen entsprechend der jeweils aktuellen Gebührenordnung für Psychotherapeuten (GOP) privat in Rechnung stellen. Jeweils zu Beginn eines Quartals muss die Krankenkassenkarte des Kindes bzw. Jugendlichen vorgelegt werden.
3. **Krankenkassenwechsel:** sollten Sie im Verlauf der Therapie die Krankenkasse wechseln, so übernimmt ihre neue Krankenkasse nicht automatisch die Therapiekosten. Bitte teilen Sie mir den Kassenwechsel unverzüglich mit, damit ich bei ihrer neuen Krankenkasse eine Kostenzusage für die noch ausstehenden Therapiestunden beantragen kann. Falls die neue Krankenkasse keine Kostenzusage erteilt, muss ich Ihnen die Kosten privat in Rechnung stellen.
4. **Einverständniserklärung** aller Sorgeberechtigten Personen zur Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie: um eine Behandlung ihres Kindes durchführen zu können, ist es notwendig, dass alle Sorgeberechtigten über die Behandlung informiert und damit einverstanden sind. Eine entsprechende Einverständniserklärung muss daher bereits bei Behandlungsbeginn, das heißt zum Erstgespräch, vorliegen.
5. **Schweigepflichtsentbindung:** Als Therapeutin unterliege ich der Schweigepflicht. Ohne Ihr ausdrückliches schriftliches Einverständnis mit entsprechendem Formular, werden keine Informationen weitergegeben. Wenn es notwendig scheint und die Sorgeberechtigten damit einverstanden sind, in die Behandlung weitere Bezugspersonen einzubeziehen (Stiefeltern, Großeltern, sonstige Verwandte, Pflegefamilie, Kinder- oder Hausärzte, Lehrer, Erzieher oder Jugendamt u.ä.), benötige ich hierzu die Erlaubnis der Sorgeberechtigten. Bei getrenntlebenden

Eltern mit gemeinsamen Sorgerecht müssen beide Elternteile diese Einverständniserklärung unterschreiben.

6. **Wichtige Unterlagen von Vorbehandeln und Zeugnisse:** Für die Kinder und jugendpsychotherapeutische Diagnostik und Behandlung ist es sehr hilfreich, wenn Sie wichtige Unterlagen des Kindes, wie z.B. Vorbefunde, Arztbriefe von Vorbehandlern (insbesondere Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie) bereits im ersten Termin mitbringen. Sollte das nicht möglich sein, bitten wir Sie, diese Unterlagen anzufordern und nachzureichen.
7. **Anamnesebogen:** im Anamnesebogen finden Sie Fragen zur bisherigen Entwicklung und der aktuellen Lebenssituation ihres Kindes. Diese Informationen benötige ich bereits zum Erstgespräch.
8. **Privatversicherte:** wenn Sie privat versichert sind, erkundigen Sie sich bitte bereits vor dem Erstgespräch bei ihrer Versicherung über die Konditionen. Erfragen Sie welche psychotherapeutischen Leistungen übernommen werden und bringen Sie diese Informationen zum Erstgespräch mit.
9. **Allgemeine Hinweise zur Behandlung/ Terminvergabe/ Ausfallhonorarvereinbarung:** Die mit Ihnen abgestimmten Termine werden meist mit einem längeren zeitlichen Vorlauf vereinbart und für Sie reserviert, welche ich bei kurzfristigen Absagen nicht anderweitig besetzen kann. Sollten Sie den vereinbarten Termin nicht einhalten können, bitte ich Sie diesen spätestens 24 Stunden vorher abzusagen. Falls Sie diese Frist nicht einhalten, kann ein Ausfallhonorar von 60 € privat in Rechnung gestellt werden. Ein entsprechendes Formular muss bereits zum Erstgespräch vorliegen und von allen Sorgeberechtigten unterschrieben sein.
10. **Ton- und Bildaufzeichnungen:** die psychotherapeutischen Sitzung können mit Bild und Ton aufgezeichnet werden. Die Aufzeichnung dienen der Qualitätssicherung, der Vorbereitung der Therapie und meiner Supervision, was der Optimierung des Behandlungsverlaufs dienen soll.
11. **Datenspeicherung:** Ihre Daten und alle Unterlagen werden entsprechend den gesetzlichen Vorgaben zehn Jahre lang archiviert und danach vollständig vernichtet. Selbstverständlich haben Sie jederzeit das Recht, um Einsicht zu bitten.
12. **Übermittlung eines Berichts zur psychotherapeutischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen an den Hausarzt/ Kinderarzt** gemäß der EBM Bestimmung in Abschnitt 2.1.4: seitdem 11.2008 gilt, dass Psychotherapiesitzungen nur abgerechnet werden können, wenn gegenüber dem Hausarzt/ Kinderarzt über die psychotherapeutische Behandlung schriftlich Bericht erstattet wird. Dieser muss zu Beginn und nach Ende der Behandlung und zusätzlich einmal im Jahr bei Psychotherapien, die länger als ein Jahr dauern, erstellt werden. Wenn kein Hausarzt/ Kinderarzt angegeben werden kann, oder wenn Sie als Eltern bzw. Erziehungsberechtigte der Patientin einen Bericht an den Hausarzt/ Kinderarzt nicht wünschen, entfällt der Bericht.

Ich bitte sie mir folgendes zu bestätigen:

- Mein Kind hat keinen Hausarzt/ Kinderarzt.
- Ich bin damit einverstanden, dass der Hausarzt/ Kinderarzt meines Kindes einen schriftlichen Bericht erhält.
- Ein Facharzt hat mein Kind überwiesen. Ich bin damit einverstanden, dass er einen Bericht erhält, der dann in Kopie an den Hausarzt/ Kinderarzt meines Kindes geht.
- Ich bin nicht damit einverstanden, dass der Hausarzt/ Kinderarzt meines Kindes einen Bericht erhält.

Mit meiner Unterschrift erklären wir uns/ ich mich mit den oben genannten Patienteninformationen einverstanden.

Name des Patienten: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift aller Sorgeberechtigten/ des Patienten

Vielen Dank für ihre Mitarbeit!

K. Berg

# Anamnesebogen

*Liebe Bezugspersonen; liebe Patientin, lieber Patient,*

*die nachfolgende Erhebung Ihrer persönlichen Angaben sowie Ihrer Krankheitsgeschichte ist ausschließlich zu meinem persönlichen internen Gebrauch bestimmt und unterliegt der Schweigepflicht. Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!*

Fragebogen ausgefüllt von:

Name, Vorname des Kindes:

Geburtsdatum und Geburtsort:

Alter, Geschlecht:

Größe (in cm):

Gewicht (in kg):

Staatsangehörigkeit:

Adresse:

Telefon:

E-Mail:

Hausarzt/ Kinderarzt:

Krankenkasse/ Geschäftsstelle:

versichert durch:

,geb. am:

Laufende Behandlungen/ Therapien:

Datum und Uhrzeit der 1. Vorstellung in meiner Praxis:

## Angaben zur Familie und Bezugspersonen

### Angaben zum Vater

Geburtsdatum und Ort:

Staatsangehörigkeit:

Gesundheit:

Gelernter Beruf:

Ausgeübter Beruf:

Teilzeit/ Vollzeit

Anschrift falls abweichend:

### Angaben zur Mutter

Geburtsdatum und Ort:

Staatsangehörigkeit:

Gesundheit:

Gelernter Beruf:

Ausgeübter Beruf: Teilzeit/ Vollzeit

Anschrift falls abweichend:

Datum von Heirat:

Trennung/ Scheidung:

Wiederheirat:

Wer hat das Sorgerecht?

Personen, die zum gemeinsamen Haushalt gehören:

Andere wichtige Bezugspersonen:

Religiöse Orientierung und Praxis:

Lebte das Kind immer zu Hause?

Belastende Ereignisse in der Familie (Krankheit, Todesfälle...) für das Kind:

Psychische Störungen/ Erkrankungen in der Familie:

Äußere Lebensbedingungen der Familie (z.B. Anzahl der Zimmer, Raucher, finanzielle Belastungen):

Interne Lebensbedingungen der Familie (z.B. Beziehungen untereinander, Atmosphäre):

Gibt es Haustiere?

Bisher Kontakt zum Jugendamt? (Kontaktdaten)

Angaben zu Geschwistern (Alter, Geschlecht, Gesundheit, Entwicklung, Schule/Ausbildung, Klasse, wohnt zu Hause?)

### **Bisherige Entwicklung des Kindes**

Wie verlief die Schwangerschaft (z.B. körperliche/ psychische Belastungen):

Wie verlief die Geburt? (Besonderheiten des Verlaufs z.B. Apgar-Werte):

Gab es Besonderheiten in den ersten Tagen nach der Geburt? (Temperament des Kindes, Auffälligkeiten, Erkrankungen, Behandlung, Milchschorf)

Wurde das Kind gestillt?

Mit wie viel Monaten lernte das Kind laufen?

Mit wie viel Monaten wurde das Kind sauber und trocken?

Wann sprach das Kind die ersten Wörter und die ersten kleinen Sätze?

Welche Impfungen wurden durchgeführt?

Welche Krankheiten hat das Kind bereits durchgemacht und wann?

Welche Personen versorgten das Kind in den ersten drei Lebensjahren?

Leidet das Kind unter chronischen Krankheiten?

Leidet das Kind unter Anfällen und Krämpfen? EEG Befund?

Welche Allergien sind bekannt?

War das Kind im Krankenhaus, wann und warum?

Bestehen Hörschäden, Sehschwäche, hat/ hatte das Kind Sprachtherapie, Krankengymnastik, Frühförderung, Ergotherapie?

Hat Ihr Kind Unfälle erlitten und wann?

Medikamenteneinnahme? (Name, seit wann, Dosis, regelmäßig oder nach Bedarf?)

War das Kind bereits in psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlung? (wann und deswegen):

### **Kindergarten**

Wann kam das Kind in den Kindergarten/ in die Kindergruppe/ zur Tagesmutter? Bis wann?

Name und Anschrift des Kindergartens:

Gab es Besonderheiten in der Kindergartenzeit? (z.B. besonders ruhig, besonders lebhaft, lieber allein, lieber in der Gruppe?):

### **Schule**

Wann kam das Kind in die Vorschule?:

Wann wurde das Kind eingeschult?:

Bisherige schulische Entwicklung (z.B. Schulwechsel, Wiederholungen, Versetzungsgefahr, zeitweise keine Schule besucht wegen..., Klasse übersprungen, verspäteter Einschulung wegen...):

Beanstandet die Schule etwas an den Leistungen und dem Verhalten des Kindes?

Welche Klasse und Schule besucht das Kind zurzeit?

Stunden- und Terminplan des Kindes:

Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag

Wie viele Kinder sind in der Klasse?

Welche Fächer mag das Kind gerne?

Welche Fächer mag das Kind nicht?

Wie empfindet das Kind die Schulsituation?

Verhältnis zu Mitschülern/ Lehrern:

Name und Kontaktdaten der Klassenlehrer/in:

Schulabschluss? Wann?

Ausbildung? Beruf?

### **Schularbeiten**

Von wann bis wann macht das Kind am Tag Schularbeiten?

Wer hilft dem Kind dabei?

Nachhilfe?

### **Freizeit und Hobby**

Von wann bis wann hat das Kind Freizeit?

Was macht das Kind in der Freizeit? (Hobby, spezielle Interessen, Vereine...)

Wie viele Freunde hat das Kind?

Worin sehen Sie die besonderen Fähigkeiten ihres Kindes?

Wie viel Taschengeld bekommt das Kind?

### **Schlafen**

Wann geht das Kind schlafen?

Hat das Kind Ein- oder Durchschlafprobleme oder Alpträume?

### **Vorstellungsanlass**

Aus welchem Grund soll ihr Kind jetzt bei mir vorgestellt werden?

Wer hatte die Idee?

Wer leidet am meisten unter dem Problem?

Seit wann treten die beschriebenen Probleme auf?

Haben sie Vermutungen darüber, wie das Problem entstanden sein könnte oder womit es im Zusammenhang stehen könnte?

Was soll durch die Behandlung anders werden für

- das Kind:
- einzelne Familienmitglieder/ die Familie als Ganzes:
- weitere Personen:

Beobachten Sie bei Ihrem Kind zurzeit:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Aggressionen - gegen sich selbst | <input type="checkbox"/> Lese-Rechtschreib-Probleme           |
| - andere oder   | <input type="checkbox"/> Leidet unter belastenden Ereignissen |
| - Gegenstände   | <input type="checkbox"/> Lügen                                |
| <input type="checkbox"/> Angst                            | <input type="checkbox"/> Nägelkauen                           |
| <input type="checkbox"/> Atembeschwerden                  | <input type="checkbox"/> Nervöse Zuckungen                    |
| <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen                   | <input type="checkbox"/> Schüchternheit                       |
| <input type="checkbox"/> Daumenlutschen                   | <input type="checkbox"/> Selbsttötungsäußerungen              |
| <input type="checkbox"/> Eifersucht                       | <input type="checkbox"/> Selbsttötungsversuche                |
| <input type="checkbox"/> Einkoten                         | <input type="checkbox"/> Sexuelle Auffälligkeiten             |
| <input type="checkbox"/> Einnässen                        | <input type="checkbox"/> Sprechhemmungen                      |
| <input type="checkbox"/> Einschlaf-/ Durchschlafstörungen | <input type="checkbox"/> Stottern                             |
| Erbrechen   | <input type="checkbox"/> Schulische Probleme                  |
| <input type="checkbox"/> Essstörung                       | <input type="checkbox"/> Schwindel                            |
| <input type="checkbox"/> Feuerspiele                      | <input type="checkbox"/> Suchtartiges Verhalten               |
| <input type="checkbox"/> Hemmungen                        | <input type="checkbox"/> Stehlen                              |
| <input type="checkbox"/> Kontaktschwierigkeiten           | <input type="checkbox"/> Unruhe                               |
| <input type="checkbox"/> Konzentrationsschwierigkeiten    | <input type="checkbox"/> Übelkeit                             |
| <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen                    | <input type="checkbox"/> Weglaufen                            |
|   | <input type="checkbox"/> Zwanghaftes Verhalten                |

Bitte gehen Sie die Fragen noch einmal durch.

Für Ergänzungen nutzen Sie bitte die Rückseite. Vielen Dank!

# Schweigepflichtsentbindung

## Erklärung

Hiermit entbinde(n) ich/ wir \_\_\_\_\_

- Frau/ Herrn: \_\_\_\_\_
- Ärztin/ Arzt/ Klinik: \_\_\_\_\_
- Psychotherapeuten: \_\_\_\_\_
- Kindergarten: \_\_\_\_\_
- Schule: \_\_\_\_\_
- Jugendamt: \_\_\_\_\_
- Sonstige: \_\_\_\_\_

**und Frau Konstanze Berg  
bezüglich meiner Person/ meiner Tochter/ meines Sohnes/ Mündels**

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname, Geburtsdatum

**Wechselseitig von der Schweigepflicht.**

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift(en)



# Einverständniserklärung Diagnostik und Behandlung

Ich/ Wir \_\_\_\_\_  
Name, Vorname aller Sorgeberechtigten

habe/n das Sorgerecht für \_\_\_\_\_, geb. am \_\_\_\_\_  
Name, Vorname des Kindes (Patient/in)

und erkläre/n mich/uns mit einer kinder- und jugendpsychotherapeutischen Diagnostik und Behandlung einverstanden.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient/ aller Sorgeberechtigte/r

\_\_\_\_\_  
Falls nur ein Elternteil/ Sorgeberechtigter die Einverständniserklärung unterschreibt, muss diese **Zusatzklärung** unterschrieben werden:

Hiermit erkläre ich, dass der/die andere Sorgeberechtigte über die oben genannte Diagnostik/ Behandlung informiert und ebenfalls damit einverstanden ist.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Sorgeberechtigte/e

## **Einverständnis E-Mail Korrespondenz**

Ich bin mit der Korrespondenz bzw. der Zusendung von Daten per E-Mail an die nachstehend genannte E-Mail-Adresse einverstanden. Mir ist bekannt, dass die mir so zugesandten E-Mails personenbezogene Daten enthalten können. Die Risiken, die mit dem Versand solcher E-Mails verbunden sind – insbesondere die unbefugte Kenntnisnahme und Verwertung durch Dritte – sind mir bewusst.

---

E-Mail-Adresse

---

Ort, Datum

---

Unterschrift Patient/in (ggf. gesetzliche/r Vertreter/in)