



Patienteninformationen

Liebe Patienten, liebe Bezugsperson,

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

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. Einige Termine werden online stattfinden. Bitte prüfen Sie, ob Sie dazu geeignete Bedingungen (vor allem stabiles Internet) haben.
2. Zum Erstgespräch bitte eine gültige **Versichertenkarte** 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. Bei Selbstzahlern erfährt keine Krankenkasse von der Therapie.
3. **Krankenkassenwechsel:** sollten Sie im Verlauf der Therapie die Krankenkasse wechseln, so übernimmt ihre neue Krankenkasse nicht automatisch die Therapiekosten. Fragen Sie bitte dort nach und 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. Jugendliche ab 15Jahren können auch ohne Einverständnis kommen
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 (Partner, 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. **Selbstzahler:** Ihre Krankenkasse erfährt nichts von Ihren Terminen. Bescheinigungen könne ausgestellt und eventuell steuerlich geltend gemacht werden.
10. **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 80 € privat in Rechnung gestellt werden. Ihre Unterschrift auf hiesigem Formular muss bereits zum Erstgespräch vorliegen und von allen Sorgeberechtigten unterschrieben sein.
11. **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. Sollten Sie nicht einverstanden sein, teilen Sie mir das gern mit.
12. **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.
13. **Übermittlung eines Berichts zur psychotherapeutischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen an den Hausarzt/ Kinderarzt.** Bitte teilen Sie mir mit, ob Sie dies wünschen.

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/ Patient/in:

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:

körperliche und psychische Gesundheit heute und früher:

Gelernter Beruf:

Ausgeübter Beruf:

Teilzeit/ Vollzeit

Anschrift falls abweichend:

Beziehung zum Vater:

Angaben zur Mutter

Geburtsdatum und Ort:

Staatsangehörigkeit:

körperliche und psychische Gesundheit heute und früher:

Gelernter Beruf:

Ausgeübter Beruf:

Teilzeit/ Vollzeit

Anschrift falls abweichend:

Beziehung zur Mutter:

Datum von Heirat:

Trennung/ Scheidung:

Wiederheirat:

Wer hat das Sorgerecht?

Personen, die zum gemeinsamen Haushalt gehören:

Andere wichtige Bezugspersonen:

Stiefeltern/ Halbgeschwister...?:

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? (Kontakt Daten)

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 weswegen? Was war hilfreich? Was war weniger hilfreich?)

Kindergarten

Wann kam das Kind in den Kindergarten/ in die Kinderkrippe/ 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		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:

Welche Fragen haben Sie? Welche Sorgen?

Beobachten Sie bei Ihrem Kind zurzeit:

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

Bitte gehen Sie die Fragen noch einmal durch. Für Ergänzungen nutzen Sie bitte die Rückseite. Vielen Dank!



Dipl. Heilpädagogin
Konstanze Berg

Einverständniserklärung Diagnostik und Behandlung

Praxis für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie
Hauptstr. 55, 50126 Bergheim
Telefon: 01797448436
k.berg@therapie-bergheim.de
www.therapie-bergheim.de

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



Dipl. Heilpädagogin
Konstanze Berg

Schweigepflichtsentbindung

Praxis für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie
Hauptstr. 55, 50126 Bergheim
Telefon: 01797448436
k.berg@therapie-bergheim.de
www.therapie-bergheim.de

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)



Dipl. Heilpädagogin
Konstanze Berg

E-Mail und SMS Korrespondenz

Praxis für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie
Hauptstr. 55, 50126 Bergheim
Telefon: 01797448436
k.berg@therapie-bergheim.de
www.therapie-bergheim.de

Einverständniserklärung zur E-Mail- und SMS Korrespondenz

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

E-Mail-Adresse

Telefonnummer

Ort, Datum

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



Dipl. Heilpädagogin
Konstanze Berg

Einverständnis Praxis verlassen (nur nach Absprache ausfüllen)

Praxis für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie
Hauptstr. 55, 50126 Bergheim
Telefon: 01797448436
k.berg@therapie-bergheim.de
www.therapie-bergheim.de

Einwilligungserklärung der Sorgeberechtigten im Rahmen der Psychotherapie

Hiermit erklären wir/erkläre ich uns/mich damit einverstanden, dass Frau Konstanze Berg mit meinem/unserem Kind _____ (*Name*) und ggf. mir/ Bezugspersonen im Rahmen der Psychotherapiesitzungen die Praxis verlassen darf.

_____, den _____

Unterschrift der/des Patienten/
Sorgeberechtigten



Dipl. Heilpädagogin
Konstanze Berg

Einverständnis Videotherapie

Praxis für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie
Hauptstr. 55, 50126 Bergheim
Telefon: 01797448426
k.berg@therapie-bergheim.de
www.therapie-bergheim.de

Teilnahme an telemedizinischen Anwendungen

Familienname _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Anschrift _____

1. Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich mit der audiovisuellen Übertragung von Therapiesitzungen einverstanden.
2. Die Übertragung erfolgt ausschließlich durch von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zertifizierten telemedizinischen Anbietern.
3. Audiovisuelle Aufzeichnungen der Sitzungen dürfen weder durch die Praxis noch durch die Patientin/den Patienten erfolgen.
4. Diese Vereinbarung kann jederzeit widerrufen werden.

Ort, Datum

Unterschrift Patient/ Sorgeberechtigte/r



Dipl. Heilpädagogin
Konstanze Berg

Einverständnis Ausstellungsteilnahme (nur nach Absprache ausfüllen)

Praxis für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie
Hauptstr. 55, 50126 Bergheim
Telefon: 01797448436
k.berg@therapie-bergheim.de
www.therapie-bergheim.de

Einverständnis Ausstellungsteilnahme

Familienname _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Anschrift _____

Hiermit bestätige ich/ wir, dass die während der Therapie entstandenen Bilder/Skulpturen von mir/ unseres Sohnes/ unsere Tochter _____, bei einer Ausstellung gezeigt werden können.

Ort, Datum

Unterschrift Patient/ Sorgeberechtigte/r