





8. 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, werde ich nach §615 BGB ein Ausfallhonorar in Höhe von 80 € privat in Rechnung stellen. Ein entsprechendes Formular muss bereits zum Erstgespräch vorliegen und von allen Sorgeberechtigten unterschrieben sein.

9. Ton- und Bildaufzeichnungen: die psychotherapeutischen Sitzungen können mit Bild und Ton aufgezeichnet werden. Die Aufzeichnung dient der Qualitätssicherung, der Vorbereitung der Therapie und meiner Supervision, was der Optimierung des Behandlungsverlaufs dienen soll.

10. 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.

11. 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/des Patient/in einen Bericht an den Hausarzt/Kinderarzt nicht wünschen, entfällt der Bericht.

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

---

Name Patient/in

---

Ort, Datum

---

Unterschrift aller Sorgeberechtigten/ Patient/in



Hallo,

die nachfolgende Erhebung Ihrer persönlichen Angaben ist ausschließlich zu meinem persönlichen internen Gebrauch bestimmt und unterliegt der Schweigepflicht. Was Sie nicht beantworten möchten oder können, übergehen Sie bitte. Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

### Angaben zu Ihrer Person

Name, Vorname:	
Adresse:	
Telefon:	
E-Mail:	
Staatsangehörigkeit	

### Angaben zum Kind

Name, Vorname:	
Staatsangehörigkeit:	
Alter, Geschlecht:	
Geburtsdatum:	
Krankenversichert bei:	
Größe (in cm):	
Gewicht (in kg):	

Kindergarten/Schule:	
Kontaktperson:	
Adresse:	
Telefon:	

2. Wohnsitz des Kindes bei:	
Adresse:	
Telefon/E-Mail:	

Mit wem lebt das Kind aktuell zusammen:	
---	--



Wer hat das Sorgerecht für das Kind:

Bestand/besteht Kontakt zum Jugendamt? Wenn ja, zu welchem Jugendamt/Kontaktperson mit  
Telefonnummer: \_\_\_\_\_

### Krankheitsgeschichte

Frühere psychotherapeutische Therapien/Anlass der damaligen Therapie:  
Bestehen z.B. Hörschäden, Sehschwäche, hat/ hatte das Kind Sprachtherapie, Krankengymnastik,  
Frühförderung, Ergotherapie?

Hausarzt/Kinderarzt, Adresse:

### Entwicklungsgeschichte (Bitte ankreuzen und/oder ergänzen)

#### 1. Schwangerschaftsverlauf

- ohne Beschwerden

(.....)

(...)

- mit Beschwerden
- mit körperlichen Komplikationen
- War Ihr Kind zu diesem Zeitpunkt geplant?

#### 2. Geburtsverlauf

- normal

(.....)

- mit Schwierigkeiten; welche



- mit großen Schwierigkeiten; welche  \_\_\_\_\_
- In welcher Klinik entbunden: \_\_\_\_\_
- Geburtsgewicht (in g) u. -größe (in cm) \_\_\_\_\_

### 3. Ernährung im 1 . Jahr

- gestillt?
- wie abgestillt?
  - ohne Störung
  - mit Störung; welche?  \_\_\_\_\_

### 4. Zur weiteren Entwicklung (soweit erinnerlich)

In welchem Alter konnte ihr Kind

- frei sitzen: \_\_\_\_\_
- frei laufen: \_\_\_\_\_
- Worte (erste) sprechen: \_\_\_\_\_
- Sätze sprechen: \_\_\_\_\_

Gab es in dieser Zeit Schwierigkeiten? Welche?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

In welchem Alter

- war Ihr Kind sauber: \_\_\_\_\_
- war Ihr Kind trocken: \_\_\_\_\_

Wann wurde mit der Sauberkeitsgewöhnung begonnen:

Die Trotzphase war

- gering
- stark
- in welchem Alter? \_\_\_\_\_



- nicht \_\_\_\_\_  
beobachtet □

## 5. Auffälligkeiten in der Entwicklung

		nur früher/wann:	zur Zeit:
▪ ausgeprägtes Lutschen	□	_____	□
▪ Nägelkauen/-pulen	□	_____	□
▪ Zähneknirschen	□	_____	□
▪ Kopfwiegen und – schlagen	□	_____	□
▪ Haare drehen	□	_____	□
▪ Sprachschwierigkeiten	□	_____	□
▪ Schlafstörungen	□	_____	□
▪ Verstopfungen	□	_____	□
▪ Bauchschmerzen	□	_____	□
▪ Kopfschmerzen	□	_____	□
▪ Erschöpfungszustände	□	_____	□
▪ Sonstige Auffälligkeiten	□	_____	□
▪ Menarche	□	_____	□

□ seit: \_\_\_\_\_

## 6. Krankheiten (Kinderkrankheiten, andere Krankheiten, Operationen, Unfälle, Krampfanfälle)

---

---

---

---

## 7. Schulische Entwicklung

### 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?): \_\_\_\_\_

---

### Einschulung:



Jahr:

Alter:

Klassenwiederholung:

Umschulung

Wohin:

Wann:

Stunden- und Terminplan des Kindes:

Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag

Wie empfindet das Kind die Schulsituation?

Verhältnis zu Mitschülern/ Lehrern:

Schulabschluss? Wann?

Ausbildung? Beruf?

Schularbeiten:

Wer hilft dem Kind dabei?

Nachhilfe?

Freizeit und Hobby

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

Schlafen

Wann geht das Kind schlafen?



Bestehen Ein- oder Durchschlafprobleme oder Alpträume?

## 8. Familiäre Daten

### Geschwister

Name	geboren	zur Zeit				
		Kindergarten	Schule	Ausbildung	Beruf	aus welcher Ehe?
1.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

### Mutter

Geburtsdatum:	
Alter:	
Beruf:	
Gesundheit/Erkrankungen:	

### Vater

Geburtsdatum:	
Alter:	
Beruf:	
Gesundheit/Erkrankungen:	

- Die Eltern leben zusammen
- Die Eltern leben getrennt seit:

Lebensgemeinschaften: seit wann leben Sie als Partner zusammen: \_\_\_\_\_

Bitte vermerken Sie hier, wenn Ihre Familie sich verändert hat, z. B. eine zweite Ehe oder Halbgeschwister da sind:





--

Haben Sie und Ihr Kind einen (plötzlichen) Verlust eines Familienmitgliedes zu verkräften gehabt?

### 9. Wohnsituation

Anzahl der in der Wohnung lebenden Personen:

In welchem Raum schläft das Kind:

Mit wem schläft das Kind zusammen:

### 10. Großeltern

	Großmutter (väterlich)	Großvater (väterlich)
Alter:		
Gesundheit:		
Wohnort:		

Welches Verhältnis haben diese Großeltern zu Ihrer Familie?

	Großmutter (mütterlich)	Großvater (mütterlich)
Alter:		
Gesundheit:		
Wohnort:		

Welches Verhältnis haben diese Großeltern zu Ihrer Familie?
---



11.

**Welche akuten Sorgen führen Sie zu mir:**

Wer hatte die Idee zur Vorstellung?

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?

**Beobachten Sie bei Ihrem Kind zurzeit**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Angst                            | <input type="checkbox"/> Lügen                         |
| <input type="checkbox"/> Atembeschwerden                  | <input type="checkbox"/> Nägelkauen                    |
| <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen                   | <input type="checkbox"/> Kontaktschwierigkeiten        |
| <input type="checkbox"/> Daumenlutschen                   | <input type="checkbox"/> Konzentrationsschwierigkeiten |
| <input type="checkbox"/> Eifersucht                       | <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen                 |
| <input type="checkbox"/> Einkoten                         | <input type="checkbox"/> Nervöse Zuckungen             |
| <input type="checkbox"/> Einnässen                        | <input type="checkbox"/> Schüchternheit                |
| <input type="checkbox"/> Einschlaf-/ Durchschlafstörungen | <input type="checkbox"/> Selbsttötungsäußerungen       |
| <input type="checkbox"/> Erbrechen                        | <input type="checkbox"/> Selbsttötungsversuche         |



- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Essstörung                           | <input type="checkbox"/> Sexuelle Auffälligkeiten |
| <input type="checkbox"/> Feuerspiele                          | <input type="checkbox"/> Sprechhemmungen          |
| <input type="checkbox"/> Hemmungen                            | <input type="checkbox"/> Stottern                 |
| <br>  |   |
| <input type="checkbox"/> Lese-Rechtschreibprobleme            | <input type="checkbox"/> Schulische Probleme      |
| <input type="checkbox"/> Leidet unter belastenden Ereignissen | <input type="checkbox"/> Schwindel                |
| <input type="checkbox"/> Übelkeit                             | <input type="checkbox"/> Suchtartiges Verhalten   |
| <input type="checkbox"/> Weglaufen                            | <input type="checkbox"/> Stehlen                  |
| <input type="checkbox"/> Zwanghaftes Verhalten                | <input type="checkbox"/> Unruhe                   |
| <input type="checkbox"/> Aggressionen - gegen sich selbst     |   |
| - andere oder   |   |
| - Gegenstände   |   |

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!



## Therapievertrag

zwischen

**Dipl. Psych. Laura Rodenhäuser**

und

nachfolgend – **Patient/in** – genannt

Kinder / Jugendliche

---

geboren am

---

Name des Sorgeberechtigten

---

Anschrift

---

Telefonnummer

---

**wird die Durchführung einer psychotherapeutischen Behandlung vereinbart.**

Hausarzt Anschrift:

---

ggf. überweisender Arzt:

Anschrift

---

gesetzlich/freiwillig versichert bei:  
(Nichtzutreffendes bitte streichen)

---

Anschrift:

(Krankenkasse –Beihilfestelle  
und/oder Versicherung)

---

Versicherungsnehmer:

---

### Psychotherapiekosten

Die Psychotherapiekosten der ambulanten Psychotherapie sollen gemäß nachfolgender Erklärung des Patienten / Sorgeberechtigten abgerechnet werden. (Nicht zutreffendes bitte durchstreichen).



- Ich bin in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert und wünsche eine Behandlung zu Lasten meiner Krankenkasse als Sachleistung.  
Die Psychotherapiekosten sollen zu Lasten meiner o.a. Krankenkasse über die kassenärztliche Vereinigung abgerechnet werden.
- Ich möchte die Psychotherapiekosten selbst bezahlen.  
Die Psychotherapiekosten werden mir durch den Psychotherapeuten gemäß GOP in Rechnung gestellt. Es wird zusätzlich eine gesonderte Erklärung vom Patienten unterzeichnet („ausdrückliches Verlangen“), sofern die Therapie medizinisch-therapeutisch nicht notwendig ist.

Die Psychotherapiekosten werden von folgendem Kostenträger übernommen:

---

Ich verpflichte mich, mich selbst um die Therapiekostenübernahme zu kümmern.

### **Psychotherapiekostenregelung bei gesetzlich Krankenversicherten**

1. Der Patient verpflichtet sich, dem Psychotherapeuten jeden Krankenkassen- und Versicherungswechsel sofort anzuzeigen und eine Kostenzusage für die laufende Psychotherapie beizubringen. Bei dem Bemühen um eine neuerliche Kostenzusage wird der Psychotherapeut den Patienten durch ggf. notwendige fachliche Begründungen unterstützen.



### **Psychotherapiekostenregelung bei Selbstzahlern**

1. Es erfolgt die Rechnungslegung monatlich bzw. nach jeder 5. Behandlungsstunde mit einem Zahlziel von zwei Wochen gemäß GOP in Verbindung mit GOA.

### **Zusätzlich vereinbaren Patient und Psychotherapeut folgendes:**

#### **Feste Terminvereinbarung / Terminversäumnis / Bereitstellungs-honorar**

1. Die psychotherapeutischen Sitzungen finden in der Regel, wenn nicht begründet anders vereinbart, einmal wöchentlich zu einem zwischen Patient und Psychotherapeut jeweils fest verbindlich vereinbarten Termin statt.
2. Der Patient verpflichtet sich, die fest vereinbarten Behandlungstermine pünktlich wahrzunehmen und im Verhinderungsfalle rechtzeitig, d.h. 24 Stunden vor dem vereinbarten Termin, abzusagen bzw. absagen zu lassen. Dazu genügt eine schriftliche Mitteilung (Brief, E-Mail) oder eine telefonische Absage (auch auf Anrufbeantworter).
3. Da in psychotherapeutischen Praxen aufgrund der Zeitgebundenheit der psychotherapeutischen Sitzungen nach einem strikten Bestellsystem gearbeitet wird und zu jedem Termin nur ein Patient einbestellt ist, wird dem Patienten bei nicht rechtzeitiger Absage nach §615 BGB ein Bereitstellungshonorar in Höhe von **80 Euro** berechnet, welches ausschließlich vom Patienten selbst zu tragen ist und nicht von dem Versicherungsträger erstattet wird.
4. Diese Regelung gilt auch dann, wenn der Patient unverschuldet den Termin nicht rechtzeitig absagen kann (z.B. durch Unfall auf dem Weg zur Therapie oder plötzliche schwere Erkrankung), außer ein ärztliches Attest wird unverzüglich vorgelegt.

#### **Schweigepflicht des Therapeuten / Verschwiegenheit des Patienten**

1. Der Psychotherapeut ist gegenüber Dritten schweigepflichtig und wird über den Patienten nur mit dessen ausdrücklichem, schriftlichem Einverständnis Auskunft gegenüber Dritte erteilen bzw. einholen.
2. Der Patient stimmt der schriftlichen Aufzeichnung der Therapiesitzungen ausdrücklich zu und gestattet dem Psychotherapeuten die Verwendung dieser Aufzeichnungen zum Zwecke seiner eigenen Fort- und Weiterbildung bzw. zur qualitätssichernden Therapiekontrolle. Sollten wichtige Gründe des Patienten dem entgegenstehen, werden diese nach Klärung mit dem Psychotherapeuten respektiert.



3. Der Patient verpflichtet sich seinerseits zur Verschwiegenheit über andere Patienten, von denen er zufällig – z.B. über Wartezimmer-kontakte /-Kenntnis erhält.

#### **Sonstiges**

1. Hiermit erkläre ich, dass ich vor Beginn meiner psychotherapeutischen Behandlung von meiner Therapeutin über das angewandte psychotherapeutische Behandlungsverfahren (Verhaltenstherapie) informiert wurde und die Inhalte verstanden habe.
2. Über mögliche Risiken der Behandlung wurde ich informiert.
3. Ich wurde über den formalen Ablauf und die besonderen Regelungen zur Antragstellung und Durchführung einer ambulanten Psychotherapie informiert.
4. Mir ist bekannt, dass zum erfolgreichen Durchführen einer Psychotherapie eine aktive Mitwirkungspflicht meinerseits besteht.

#### **Kündigung**

1. Der Therapievertrag kann gemäß § 627 BGB vom Patienten jederzeit durch eine mündliche oder schriftliche Erklärung fristlos gekündigt werden, da ein Vertrauensverhältnis zwischen Patient und Psychotherapeut eine grundlegende Voraussetzung für Psychotherapie ist. Bei einem gestörten Verhältnis ist dem Patienten ein weiteres Festhalten an dem Behandlungsvertrag unzumutbar.
2. Der Psychotherapeut behält sich vor, bei offensichtlich fehlender Motivation und bei fehlender Mitarbeit des Patienten, die Therapie von sich aus auch ohne das erklärte Einverständnis des Patienten zu beenden und dem Kostenträger hiervon, ohne inhaltliche Angaben, Mitteilung zu machen.

Das Original des Therapievertrages verbleibt beim Psychotherapeuten.

Der Patient erhält zeitnah eine Kopie des von ihm ausgefüllten Therapievertrages.

Rommerskirchen, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient/in,  
Sorgeberechtigte

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Psychotherapeutin



## Einverständnis zur 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





## **Einverständniserklärung zur E-Mail-Korrespondenz**

### **Ergänzung zum Behandlungsvertrag**

Zwischen

\_\_\_\_\_  
Name und Anschrift des Patienten / der Patientin

Und

Dipl. Psych. Laura Rodenhäuser  
Psychotherapeutische Praxis für Kinder- und Jugendliche  
Vanikumer Str. 74, 41569 Rommerskirchen

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)