

Fragebogen zur Vorgeschichte

Liebe Eltern, liebe/r Jugendlicher bzw. junge/r Erwachsene/r

um ein möglichst umfassendes Bild von der Entwicklung der Kindheit bis zum Zeitpunkt unseres ersten Gesprächs zu erhalten, bitte ich Sie, d. Fragebogen gewissenhaft auszufüllen. Dieser ist **keinen!** anderen Personen zugänglich.

1. Angaben zum Kind

| | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|
| Name, Vorname | Heutiges Datum |
| Geburtsdatum und – Ort | Staatsangehörigkeit |
| Das Kind lebt bei: <input type="checkbox"/> Eltern <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Heim/WG <input type="checkbox"/> in einer anderen Einrichtung (welche?) | |
| Sorgeberechtigt ist: <input type="checkbox"/> Mutter... <input type="checkbox"/> Vater Alle Sorgeberechtigten sind einverstanden mit der Therapie: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | |
| Patientenbezogene laufende gerichtliche Verfahren: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | |

2. Angaben zur leiblichen Mutter

Es liegen keine Informationen vor

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|--------|
| Name u. Geburtsname, Vorname | Verheiratet/wenn ja, mit Vater? seit wann | |
| Geburtsdatum | Staatsangehörigkeit | |
| Erlerner Beruf | | |
| Ausgeübter Beruf | | |
| <input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Halbtags <input type="checkbox"/> Stundenweise <input type="checkbox"/> Arbeitslos | | |
| Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort) | | |
| Telefon 1 | Telefon 2 | E-Mail |

3. Angaben zum leiblichen Vater

Es liegen keine Informationen vor

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|--------|
| Name und Geburtsname, Vorname | Verheiratet/wenn ja, mit Mutter seit wann | |
| Geburtsdatum | Staatsangehörigkeit | |
| Erlerner Beruf | | |
| Ausgeübter Beruf | | |
| <input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Halbtags <input type="checkbox"/> Stundenweise <input type="checkbox"/> Arbeitslos | | |
| Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort) | | |
| Telefon 1 | Telefon 2 | E-Mail |

4. Angaben zur Partnerin des Vaters entfällt Es liegen keine Informationen vor

| | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|---------------------|
| Name und Geburtsname, Vorname | | Seit wann zusammen: |
| Geburtsdatum | | Staatsangehörigkeit |
| Erlerner Beruf | | |
| Ausgeübter Beruf <input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Halbtags <input type="checkbox"/> Stundenweise <input type="checkbox"/> Arbeitslos | | |
| Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort) | | |
| Telefon 1 | Telefon 2 | E-Mail |

5. Angaben zum Partner der Mutter entfällt Es liegen keine Informationen vor

| | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|---------------------|
| Name und Geburtsname, Vorname | | Seit wann zusammen: |
| Alter | | Staatsangehörigkeit |
| Erlerner Beruf | | |
| Ausgeübter Beruf <input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Halbtags <input type="checkbox"/> Stundenweise <input type="checkbox"/> Arbeitslos | | |
| Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort) | | |
| Telefon 1 | Telefon 2 | E-Mail |

6. Angaben zu den Geschwistern (auch Halb- und Stiefgeschwister) entfällt Es liegen keine Informationen vor

| Name, Vorname | Geburtsdatum | Schulart/Ausbildung | Klasse | wohnt zu Hause? | leibl./Halb/Stiefgeschwister |
|---------------|--------------|---------------------|--------|-----------------|------------------------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

7. Impuls oder Anregung, psychotherapeutische Unterstützung anzunehmen kam durch:

| |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Eltern <input type="checkbox"/> Kind/Jugendl. <input type="checkbox"/> Arzt <input type="checkbox"/> Kindergarten <input type="checkbox"/> Hort/Tagesgruppe <input type="checkbox"/> Schule <input type="checkbox"/> Beratungsstelle <input type="checkbox"/> Jugendamt/ KSD <input type="checkbox"/> Sonstige |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

8. Wer ist aktuell der behandelnde Hausarzt/Kinderarzt:

| |
|---------------------------|
| Name, Anschrift, Telefon: |
|---------------------------|

9. Aus welchem Anlass kommen Sie, und warum gerade jetzt?

Z. B. Schlafstörungen /Alpträume /Ängste /Essen /Tics/Unruhe /Einnässen-Koten/Schmierer/Verhaltensauffälligkeiten

Wann traten die genannten Schwierigkeiten **erstmal**s auf? Monat, Jahr: _____, **damaliges Alter des Kindes**: _____

Situation/Auslöser:

Beobachten Sie bei Ihrem Kind **zurzeit** (bitte ankreuzen):

- | | | | |
|---------------|----------------------------------------------------------|------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| Aggressivität | <input type="checkbox"/> gegen sich selbst | <input type="checkbox"/> gegen andere | <input type="checkbox"/> gegen Gegenstände |
| | <input type="checkbox"/> Stehlen (unerlaubtes Wegnehmen) | <input type="checkbox"/> Weglaufen | <input type="checkbox"/> Feuerspiele |
| | <input type="checkbox"/> Selbsttötungsäußerungen | <input type="checkbox"/> Hemmungen | <input type="checkbox"/> Kontaktschwierigkeiten |
| | <input type="checkbox"/> Lügen | <input type="checkbox"/> Nägelkauen | <input type="checkbox"/> Nervöse Zuckungen |
| | <input type="checkbox"/> Angst | <input type="checkbox"/> Schlafstörungen | <input type="checkbox"/> Atembeschwerden (Asthma) |
| | <input type="checkbox"/> Schüchternheit | <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen | <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen |
| | <input type="checkbox"/> Eifersucht | <input type="checkbox"/> Sprechhemmungen | <input type="checkbox"/> Einkoten |
| | <input type="checkbox"/> Suchtartiges Verhalten | <input type="checkbox"/> Einnässen | <input type="checkbox"/> Essstörungen |
| | <input type="checkbox"/> Konzentrationsschwierigkeiten | <input type="checkbox"/> Sonstiges: | |

Belastende Ereignisse für das Kind, z.B. Krankheiten, Unfälle, Erkrankungen, Gewalt, Naturereignisse oder Todesfälle

Bitte ggf. leere Seite verwenden.

Fragen zu Schwangerschaft, Geburt, Entwicklung bis heute:

10. Wie verlief die Schwangerschaft? (mehrere Angaben sind möglich) Es liegen keine Informationen vor

- normal beschwerlich Krankheit/Unfall während der Schwangerschaft

die Schwangerschaft war erwünscht eigentlich nicht erwünscht geplant ungeplant/ überraschend wurde abgelehnt

Seelische Belastungen/ Stress der Mutter während der Schwangerschaft, wenn ja, welche Probleme?
Andere große Herausforderungen wie Hausbau, berufl. Anforderungen, Sterbefälle ect.

Was haben Sie über Ihre Schwangerschaft u. das (ungeborene) Baby damals gedacht?

11. Wie verlief die Geburt ihres Kindes?

Es liegen keine Informationen vor

| | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> im Krankenhaus _____ (welches?) | <input type="checkbox"/> Hausgeburt, ___ ___ damaliges Alter der Mutter | |
| <input type="checkbox"/> normal | <input type="checkbox"/> zu früh | <input type="checkbox"/> zu spät |
| <input type="checkbox"/> Querlage | <input type="checkbox"/> Saugglocke | <input type="checkbox"/> Zange |
| <input type="checkbox"/> Kaiserschnitt | <input type="checkbox"/> Blutaustausch | <input type="checkbox"/> andere Komplikationen während der Geburt? |
| _____ (welche?)_ | | |
| Fragen zum Neugeborenen: | | |
| <u>Gewicht:</u> | <u>Gramm</u> | <u>Länge:</u> _____ cm |
| <u>Kopfumfang:</u> | _____ cm | <u>voll gestillt, wenn ja wie lange:</u> |
| | | <u>Zugefüttert, ab wann/was:</u> |
| Ggf. welche notwendige mediz. Maßnahmen nach der Geburt (ggf neue Seite verwenden): | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

12. Fragen zur Entwicklung Ihres Kindes

Es liegen keine Informationen vor

| | | | |
|----------------------------------------------------|---------|---------------------------------------|---------|
| frei sitzen mit: | Monaten | Sprach „2-Wort-Sätze“ mit: | Monaten |
| frei laufen mit: | Monaten | Sauber Tag und Nacht (Stuhlgang) mit: | Monaten |
| erste Worte mit: | Monaten | Trocken Tag und Nacht (Urin) mit: | Monaten |
| erste Menstruation im Alter von _____ | | | |
| Kinderkrankheiten: (Mumps, Masern, Röteln, andere) | | | |
| Besonderheiten: | | | |
| (welche?) | | | |

13. Versorgung in den ersten 3 Lebensjahren

Es liegen keine Informationen vor

| | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| Welche Personen versorgten Ihr Kind regelmäßig in den ersten 3 Lebensjahren? (Mehrfachnennungen möglich) | | |
| <input type="checkbox"/> beide Elternteile | <input type="checkbox"/> Mutter | <input type="checkbox"/> Vater |
| <input type="checkbox"/> Großeltern | <input type="checkbox"/> Tagesmutter | <input type="checkbox"/> Krabbelstube |
| <input type="checkbox"/> andere Einrichtungen | <input type="checkbox"/> z. B. Kinderheim | <input type="checkbox"/> andere Personen (welche?) |

unauffällig Es liegen keine Informationen vor (mehrere Angaben sind möglich)

| | | |
|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> immer in Bewegung | <input type="checkbox"/> verletzte sich viel | <input type="checkbox"/> Kopfwerfen schaukeln mit dem Körper |
| <input type="checkbox"/> ungeschickt mit den Händen | <input type="checkbox"/> sehr ruhig bewegungsarm | <input type="checkbox"/> Einschlafstörungen |
| <input type="checkbox"/> Durchschlafstörungen | <input type="checkbox"/> Angstträume Schlafwandeln | <input type="checkbox"/> Esssschwierigkeiten |
| <input type="checkbox"/> Haare ausreißen | <input type="checkbox"/> suchte viel die Nähe der Mutter | <input type="checkbox"/> suchte viel Körperkontakt |
| <input type="checkbox"/> wehrte Körperkontakt ab | <input type="checkbox"/> sehr ängstlich gegenüber Fremden | <input type="checkbox"/> eifersüchtig |
| <input type="checkbox"/> oft krank | <input type="checkbox"/> spielte wenig auf eigene Initiative | <input type="checkbox"/> gehemmt unsicher ängstlich |
| <input type="checkbox"/> trotzig | <input type="checkbox"/> andere Verhaltensweisen (welche?) | <input type="checkbox"/> Kopf-/Bauchschmerzen |

entfällt, da kein Kindergarten besucht

Es liegen keine Informationen vor

| | | | |
|-------------------------------------------------|-------------------------------|----------------------------------------|-----|
| Kindergarten: | | ab wann (Datum) u. wie lange von | bis |
| Besuchte Ihr Kind mehrere Kindergärten? | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | |
| Bitte zeitlich auflisten: | | | |
| Besuchte Ihr Kind einen Sonderkindergarten? | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja (welchen?) | |
| Hatte Ihr Kind Freude am Kindergarten? | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | |
| Gab es im Kindergarten Probleme? | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja (welche?) | |
| Wie reagierte ihr Kind auf die Trennung? | | | |

15. Fragen zum Freizeitverhalten Ihres Kindes

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| Womit beschäftigt sich Ihr Kind in der Freizeit am liebsten? | | |
| Spielt Ihr Kind lieber: <input type="checkbox"/> allein <input type="checkbox"/> mit anderen Kindern <input type="checkbox"/> mit Erwachsenen | | |
| Mein Kind besucht in der Freizeit: | | |
| <input type="checkbox"/> Sportverein | <input type="checkbox"/> Musikgruppe | <input type="checkbox"/> Spielgruppe |
| <input type="checkbox"/> Jugendgruppe | <input type="checkbox"/> Spielpark/Jugendzentrum | <input type="checkbox"/> anderes (was?) |

16. Fragen zum Schulalter, Einschulung mit

Jahren

Es liegen keine Informationen vor

| | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| Wer versorgt/versorgte das Kind, falls die Eltern berufstätig sind/waren? | <input type="checkbox"/> trifft nicht zu | |
| <input type="checkbox"/> ein Elternteil | <input type="checkbox"/> Verwandte/Bekannte | <input type="checkbox"/> Tagesmutter |
| <input type="checkbox"/> Hort | <input type="checkbox"/> Tagesgruppe | <input type="checkbox"/> versorgt sich selbständig |
| <input type="checkbox"/> <u>Aktuelle Schule (Name, Klassen-LehrerIn, BeratungslehrerIn, Telefon, E-Mail):</u> | | |
| <input type="checkbox"/> <u>Schulklasse/Abschluss:</u> | | |
| Wie verlief bislang die Schullaufbahn Ihres Kindes? | Einschulungsjahr-Grundschule: _____ | |
| Bitte in der Reihenfolge die Schulen: | | |
| 1. | | |
| 2. | | |
| 3. | | |
| 4. | | |
| 5. | | |
| 6. | | |
| <input type="checkbox"/> normaler Verlauf | <input type="checkbox"/> Vorklasse besucht | <input type="checkbox"/> verspätete Einschulung |
| <input type="checkbox"/> Wiederholung einer Klasse (welche?) | | <input type="checkbox"/> Wechsel auf eine Sonderschule |
| <input type="checkbox"/> häufige Schulwechsel | | |
| Wie regelmäßig besuchte Ihr Kind bislang die Schule? | <input type="checkbox"/> regelmäßig | |
| <input type="checkbox"/> verspätet sich oft | <input type="checkbox"/> fehlt häufig wegen Krankheit | |
| <input type="checkbox"/> schwänzt/schwänzte häufig | <input type="checkbox"/> fehlt/fehlte oft aus anderen Gründen | |

Wo macht Ihr Kind vorwiegend seine Hausaufgaben? (mehrere Antworten sind möglich)

eigenes Zimmer Küche Wohnzimmer

Hort Schule anderswo (wo?)

Wie selbständig erledigt Ihr Kind die Hausaufgaben?

vorwiegend selbständig mit gelegentlicher Hilfe vorwiegend mit Hilfe

Wieviel Zeit benötigt Ihr Kind durchschnittlich für die Hausaufgaben?

weniger als 30 min. zwischen 30 und 60 min.

zwischen 60 und 120 min. über 120 min.

Welche Schulnoten erhält Ihr Kind momentan. Gab es einen Zeitpunkt für eine Verschlechterung?

Erhält Ihr Kind Nachhilfeunterricht?

nein ja

(welche Fächer?)

17. Wo wurde Ihr Kind bereits wegen seelischer Probleme oder wegen Verhaltensproblemen vorgestellt?

- entfällt, da noch nicht untersucht oder behandelt Es liegen keine Informationen vor

| | | |
|----------------------------------------------------------------------------|---------|-----------------|
| <input type="checkbox"/> Sozialpädiatrisches Zentrum | | In welchem Jahr |
| <input type="checkbox"/> Erziehungsberatungsstelle | Welche? | In welchem Jahr |
| <input type="checkbox"/> Arzt/Ärztin für Kinder- u. Jugend-Psychiatrie | Name | In welchem Jahr |
| <input type="checkbox"/> Klinik für Kinder- u. Jugendpsychiatrie | Welche? | In welchem Jahr |
| <input type="checkbox"/> Praxis für Kinder- u. Jugendlichen-Psychotherapie | Name | In welchem Jahr |
| <input type="checkbox"/> Nervenarzt/Nervenärztin | Name | In welchem Jahr |
| <input type="checkbox"/> Drogenberatungsstelle | Welche? | In welchem Jahr |
| <input type="checkbox"/> Andere Beratungsstelle | Welche? | In welchem Jahr |

18. Wurden bisher psychologische Tests bei dem Kind/Jugendlichen durchgeführt (Intelligenztests; Untersuchungen zu Teilleistungsstörungen, Schultests, Heilpädagogische Untersuchungen, Logopädie)? Bitte bringen Sie vorliegende Berichte oder Befunde in Kopie mit oder verwenden Sie nachfolgende Schweigepflichtentbindung zur Übermittlung.

Schweigepflichtentbindung/ Befundanforderung und Offenbarungspflicht

PatientIn: _____ geb. am: _____

Hiermit entbinde ich die unten aufgeführten Ärzte/ Psychologen/ Institutionen ggü. der Kinder- und Jugendlichen-psychotherapeutin Frau Sabine Kaiser von der Schweigepflicht und umgekehrt. Mit der Zusendung der erbetenen Unterlagen bin ich einverstanden.

Psychologin/Psychologe, Ärztin/ Arzt/ Klinik/ Beratungsstelle/Schule/andere Behörde

| | |
|---|---------------------------------------------------|
| 1 | |
| 2 | |
| 3 | |
| 4 | Schule/Kindergarten |
| 5 | Sozialpädagogische Familienhilfe/Name/Institution |

Wir bitten um Überlassung folgender Unterlagen/ Befunde:

- Entlassungsbericht(e)
- Sozialbericht
- Epikrise(n)
- Andere

Freiburg, am Datum

PatientIn

Sorgeberechtigte/r

19. Fragen zu Erkrankungen Ihres Kindes

entfällt, da keine besonderen Krankheiten

Es liegen keine Informationen vor

- | | | |
|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ohrenerkrankungen | <input type="checkbox"/> Sehstörungen | <input type="checkbox"/> Hörstörungen |
| <input type="checkbox"/> Augenerkrankungen | <input type="checkbox"/> Sprachstörungen | <input type="checkbox"/> Bewegungsstörungen |
| <input type="checkbox"/> Hauterkrankungen/Allergien | <input type="checkbox"/> Asthma/Allergien | <input type="checkbox"/> Stoffwechselerkrankungen/Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Hirn-/Hirnhautentzündungen | <input type="checkbox"/> Anfallsleiden | <input type="checkbox"/> andere Krankheiten |

(welche?)

Traten solche Krankheiten/Beschwerden schon bei anderen Familienmitgliedern auf? (mehrere Antworten sind möglich)

- | | | |
|-----------------------------------------|---------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> entfällt | <input type="checkbox"/> bei Geschwistern | <input type="checkbox"/> beim Vater |
| <input type="checkbox"/> bei der Mutter | <input type="checkbox"/> bei den Großeltern | <input type="checkbox"/> bei anderen Verwandten |

Hat Ihr Kind schwere Unfälle erlitten? nein ja

(welche?)

20. Hat Ihr Kind einmal geäußert, dass es sich verletzen oder nicht mehr leben möchte?

Nein

Es liegen keine Informationen vor

Wann?

Sind aus der Vergangenheit Suizidversuche oder selbstverletzendes Verhalten bereits bekannt?

21. Welche Stärken besitzt Ihr Kind?

Was ist Ihnen positiv an der Entwicklung Ihres Kindes aufgefallen?
Über welche Entwicklungsschritte freuten/freuen Sie sich besonders?
Was mochten/mögen Sie besonders an Ihrem Kind?

Nennen Sie bitte spontan 5 Charaktereigenschaften Ihres Kindes:

22. Aktuelle Familiensituation

(Bitte beschreiben Sie mit einigen Sätzen die Atmosphäre in der Familie (z.B. offen, harmonisch, mit viel oder wenig Streit, mit wenig oder viel Zeit, geduldig, ungeduldig, angespannt, entspannt)

23. Beziehung der Eltern zur eigenen Herkunftsfamilie (gilt auch für Pflegeeltern)

Mutter des Kindes / Jugendlichen:

Ihr Verhältnis zu Ihrer Mutter (früher / heute):

Wie würden sie ihre Mutter beschreiben?

Ihr Verhältnis zu Ihrem Vater (früher / heute):

Wie würden sie ihren Vater beschreiben?

Sie sind das _____ Kind von _____ Kindern.

Ihr Verhältnis zu Ihren Geschwistern (früher / heute)

Besondere Ereignisse in Ihrer Kindheit / Jugend:

Vater des Kindes / Jugendlichen:

Ihr Verhältnis zu Ihrer Mutter (früher / heute):

Wie würden sie ihre Mutter beschreiben?

Ihr Verhältnis zu Ihrem Vater (früher / heute):

Wie würden sie ihren Vater beschreiben?

Sie sind das _____ Kind von _____ Kindern.

Ihr Verhältnis zu Ihren Geschwistern (früher / heute)

Besondere Ereignisse in Ihrer Kindheit / Jugend:

24. Wer hat den Fragebogen ausgefüllt?

| | | | |
|---------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Mutter | <input type="checkbox"/> Vater | <input type="checkbox"/> Verwandter (wer?) | <input type="checkbox"/> andere Person (wer?) |
|---------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------------|-----------------------------------------------|

25. Wie sind Sie auf die Praxis aufmerksam geworden?

| | |
|-------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Internet | <input type="checkbox"/> Arzt |
| <input type="checkbox"/> Beratungsstelle (wer?) | <input type="checkbox"/> andere Person (wer?) |

Sollte Ihre Kind allein zur Therapie kommen oder wieder gehen, bestätigen Sie mit Ihrer Unterschrift auch, dass Sie während der Wegezeit hin und zurück zur Praxis sowie im Treppenhaus selbst für Ihr Kind haften und die Aufsichtspflicht bei Ihnen liegt, auch wenn Ihr Kind den Weg ohne Sie bewältigt.



_____ Datum

_____ Unterschrift Sorgeberechtigte(r)1
Patient/in ab Vollendung 15.LJ

_____ Unterschrift
Sorgeberechtigte(r)2

Wenn Sie mir einen Überweisungsschein Ihres Hausarztes geben, dann bin ich verpflichtet (gesetzliche Offenbarungspflicht) ihm unaufgefordert einen (kurzen) Bericht über den erstellten Befund zuzusenden – außer Sie haben dem ausdrücklich widersprochen (bitte entsprechend ankreuzen):

Ich wünsche keine Übermittlung eines Berichtes an meinen Hausarzt. Dies kann ich jederzeit widerrufen.

Ich wünsche eine quartalsweise Übermittlung eines Berichtes an meinen Hausarzt, auch dies kann ich jederzeit widerrufen.



_____ Datum

_____ Unterschrift Sorgeberechtigte(r)1
Patient/in ab Vollendung 15.LJ

_____ Unterschrift
Sorgeberechtigte(r)2

Es folgen Aufklärung u. Regelung zum EU-Datenschutz u. zur Durchführung einer Psychotherapie
Bitte lesen Sie diese aufmerksam durch. Für weitere Fragen stehe ich Ihnen gern zur Verfügung.

Aufklärung und Vereinbarungen bezügl. Verlauf, Wirkungen u. Nebenwirkungen von Psychotherapie

Als Patient/in, Sorgeberechtigter bzw. Bezugsperson erkläre ich, dass ich in verständlicher Weise über den Verlauf einer Psychotherapie aufgeklärt wurde und weiß, dass ich mich auf einen Therapieprozess einlasse, der neben positiven Wirkungen auch unerwünschte Nebenwirkungen haben oder auch in einen Misserfolg münden kann.

Zu Verlauf und Erfolgsaussicht einer Psychotherapie nehme ich zur Kenntnis:

In einer Psychotherapie geht es um die Veränderung des eigenen Erlebens und Verhaltens¹.

Dies fällt den meisten Menschen schwer und erfordert intensiven persönlichen Einsatz. Wie in jeder wirksamen Therapie kann es neben erwünschten auch unerwarteten und möglicherweise unangenehmen Wirkungen geben. Die erwünschten Wirkungen entsprechen den Therapiezielen, die wir gemeinsam zu Beginn der Therapie vereinbaren. Aber es gibt auch unbefriedigende Behandlungsergebnisse, da wie in jeder medizinischen Therapie nicht alle Therapien erfolgreich sind. In der Mehrzahl der Fälle (60 – 80 %) können Sie mit vollständiger Heilung oder guter Besserung rechnen. (Ebenso wie chronische körperliche Krankheiten lassen sich chronische seelische Leiden manchmal nicht heilen, wohl aber deutlich bessern.) Zwischen 20 und 30 % der Behandlungen haben jedoch insofern ein unbefriedigendes Ergebnis, als die Beschwerden nur wenig gebessert werden oder unverändert bestehen bleiben. Bei maximal jedem zehnten Patienten können allerdings auch Verschlechterungen des Zustandes nach der Behandlung auftreten. Sie sollten dieses Risiko kennen und Anzeichen für einen ausbleibenden Therapieerfolg – z.B. Anzeichen einer gestörten Patient-Therapeut-Beziehung - frühzeitig erkennen und mit Ihrem Therapeuten entsprechende Veränderungen der Therapie besprechen. Die Gründe für Misserfolge können beim Therapeuten liegen (falsche Methodenwahl, fehlendes Einfühlungsvermögen, mangelnde Aufklärung), aber auch beim Patienten bei überzogener Heilerwartung oder unangemessenem und selbstschädigendem Verhalten. In vielen Fällen liegt ein Misserfolg im Charakter der Therapeut-Patient-Beziehung, wenn sie entweder durch geringes Vertrauen, geringe Offenheit oder persönliche Antipathien oder durch übermäßige Zuneigung, sexuelle Wünsche oder Abhängigkeit gekennzeichnet ist und diese Probleme nicht zur Sprache gebracht und gelöst werden können.

Meist vorübergehende Nebenwirkungen

des Veränderungsprozesses können folgende Erscheinungen sein, über die ich aufgeklärt wurde:

Eine **vorübergehende** Verschlimmerung oder Ausweitung der Symptomatik kommt bis zu 25 % aller Behandlungen vor

Eine Veränderung in Ihren Beziehungen zu anderen Menschen ist in der Regel ein Therapieziel und in der Mehrzahl der Therapien werden solche angestrebten befriedigenden Veränderungen auch erreicht. Es kann allerdings dabei auch zu mehr Auseinandersetzungen kommen, Menschen können sich von Ihnen abwenden, Sie wenden sich möglicherweise von bestimmten Menschen ab und/oder gehen neue Beziehungen ein².

Auftreten von Suizidgedanken und Suizidimpulsen, vor allem wenn Sie in der Vergangenheit bereits solche Gedanken und/oder Impulse hatten³.

Die Erkenntnis, dass eine stationäre Behandlung als Teil eines längerfristigen Behandlungsprozesses hilfreich oder sogar notwendig ist.

Wenn bei Ihnen Süchte vorhanden sind, kann es zu einer vorübergehenden Verstärkung des Verlangens nach dem Suchtmittel kommen.

Im Verlauf einer Psychotherapie kann es zu Hemmungen beim Patienten kommen, unangenehme Themen, Unzufriedenheit mit der/m Therapeutin/en oder eigene schambesetzte Handlungen anzusprechen. Sie sollten alle aufkommenden unangenehmen Themen, die fast immer zu einer Therapie dazugehören, in der nächsten Sitzung ansprechen.

Als Patient/in, Sorgeberechtigter bzw. Bezugsperson erkläre ich, dass ich über das Recht zur Einsichtnahme in die therapeutische Dokumentation und über die Schweigepflicht des Therapeuten aufgeklärt worden bin.

¹ Es kann zwar zunächst geprüft werden, ob Sie das Problem, d.h. eine äußere Situation oder einen anderen Menschen, ändern können. In den meisten Fällen aber (vor allem wenn es um andere Menschen geht) liegt es nicht in Ihrer Macht, eine solche Änderung zu bewirken. Für langfristige Lösungen Ihrer Probleme ist eine Veränderung **Ihres** Erlebens und wahrscheinlich auch **Ihres** Verhaltens notwendig. Ohne Veränderung einiger Gewohnheiten ist eine Veränderung des Problems so gut wie ausgeschlossen.

² Um Gefahren unüberlegter und irreversibler Entscheidungen (z.B. Ehescheidung, Kündigung, Geschäftsaufgabe etc.) zu verringern, sollten alle derartigen Entscheidungen möglichst nach Abschluss der Therapie erfolgen oder zumindest ausgiebiger Gegenstand therapeutischer Sitzungen sein.

³ Eine erhöhte Wahrscheinlichkeit des Auftretens kann bei Suizidalität bzw. Suizidversuchen und/oder schweren Depressionen von engen Familienangehörigen (Eltern, Geschwister) bestehen. Eine akute Suizidalität kann zu einer Einweisung in ein psychiatrisches Krankenhaus führen. Sollten solche Zustände plötzlich auftreten und steht Ihnen Ihr Therapeut nicht kurzfristig zur Verfügung, stehen Ihnen für solche Notfälle die ärztlichen Notdienste und selbstverständlich die psychiatrischen Krankenhäuser rund um die Uhr zur Verfügung.

1. Eine Therapiestunde dauert 50 Minuten. Zehn weitere Minuten benötigt die Psychotherapeutin zur Dokumentation bzw. Vorbereitung. Psychotherapeutin, Bezugspersonen u. Patient/in verpflichten sich, die Stunden zu regelmäßigen festen Terminen zu vereinbaren und die Terminvereinbarungen einzuhalten. In der Regel finden die Sitzungen einmal wöchentlich statt.
2. Für den Erfolg der Behandlung ist in der Regel die volle Therapiedauer auszuschöpfen. Im Falle eines Therapieabbruchs vor Ende der vereinbarten Stundenzahl wird vereinbart, noch **mindestens drei Behandlungsstunden durchzuführen, um einen geordneten und reflektierten Therapieausstieg zu gewährleisten.**
3. Patient/in, Eltern bzw. Bezugspersonen, die in die Therapie im Rahmen der Bezugspersonenstunden eingebunden sind, **arbeiten an einer gemeinsamen Aufgabe.** Dabei ist es Aufgabe des (älteren) Patienten, alle seine Gedanken innerhalb der Therapie offen anzusprechen (freie Assoziation). Jüngere Kinder drücken sich vor allem spielerisch aus.
Aufgabe der Psychotherapeutin ist es, diese Einfälle im Hinblick auf die vereinbarte Problemstellung (Ziele) mit dem Patienten zu bearbeiten. **Für einen Behandlungserfolg ist die Mitarbeit des Patienten u. der Eltern (o.a. Bezugspersonen) unbedingt erforderlich, auch wenn in der therapeutischen Beziehung anstrengende und mühevoll Phasen auftreten. Diese sollen offen angesprochen werden.**
4. Wichtige Lebensentscheidungen des volljährigen Patienten sollen nicht während der laufenden Therapie getroffen werden, zumindest sind sie erst in der Therapie zu besprechen.
5. Die Behandlung wird üblicher Weise zur Qualitätssicherung supervidiert wird, in anonymisierter Form können deshalb z. B. Tonbandaufzeichnungen und Videoaufnahmen notwendig sein.

PATIENTENINFORMATION ZUM DATENSCHUTZ (zu Ihrem Verbleib)

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns wichtig. Nach der Europäischen Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet. Der Information können Sie auch entnehmen, welche Rechte Sie in puncto Datenschutz haben.

1. VERANTWORTLICHKEIT FÜR DIE DATENVERARBEITUNG

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist und Sie erreichen die zuständige Datenschutzbeauftragte/n unter:

Sabine Kaiser
Tiefenpsychologische Praxis für Kinder - und Jugendliche

Markgrafenstraße 72
79115 Freiburg
Telefon 0761/458 93 204

2. ZWECK DER DATENVERARBEITUNG

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem Arzt und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen.

Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapieempfehlungen und Befunde, die wir oder andere Ärzte erheben. Zu diesen Zwecken können uns auch andere Ärzte oder Psychotherapeuten, bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen (z.B. in Arztbriefen).

Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann eine sorgfältige Behandlung nicht erfolgen.

3. EMPFÄNGER IHRER DATEN

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben.

Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem andere Ärzte / Psychotherapeuten, Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, Ärztekammern und privatärztliche Verrechnungsstellen sein.

Die Übermittlung erfolgt überwiegend zum Zwecke der Abrechnung der bei Ihnen erbrachten Leistungen, zur Klärung von medizinischen und sich aus Ihrem Versicherungsverhältnis ergebenden Fragen. Im Einzelfall erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechnete Empfänger.

4. SPEICHERUNG IHRER DATEN

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies für die Durchführung der Behandlung erforderlich ist.

Aufgrund rechtlicher Vorgaben sind wir dazu verpflichtet, diese Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren. Nach anderen Vorschriften können sich längere Aufbewahrungsfristen ergeben, zum Beispiel 30 Jahre bei Röntgenaufzeichnungen laut Paragraph 28 Absatz 3 der Röntgenverordnung.

5. IHRE RECHTE

Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten. Auch können Sie die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen.

Darüber hinaus steht Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf Löschung von Daten, das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit zu.

Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf Basis von gesetzlichen Regelungen. Nur in Ausnahmefällen benötigen wir Ihr Einverständnis. In diesen Fällen haben Sie das Recht, die Einwilligung für die zukünftige Verarbeitung zu widerrufen.

Sie haben ferner das Recht, sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt.

Die Anschrift der für uns zuständigen Aufsichtsbehörde lautet: Landesdatenschutzbeauftragte Baden-Württemberg, Urbanstr. 32, 70182 Stuttgart.

6. RECHTLICHE GRUNDLAGEN

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit Paragraph 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz. Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich gern an uns wenden.

Ihre Psychotherapeutische Praxis
für Kinder, Jugendliche u. junge Erwachsene