



## Psychotherapie-Vertrag (gesetzlich versichert)

Hiermit melde ich meine Tochter/meinen Sohn \_\_\_\_\_,  
geboren am \_\_\_\_\_, für eine psychotherapeutische Behandlung an.

### 1) Name, Adresse, Kontakt der Sorgeberechtigten

Mutter der/des Patient*in	Vater der/des Patient*in
Name:	Name:
Straße und Hausnummer	Straße und Hausnummer
PLZ und Wohnort	PLZ und Wohnort
Telefonnummer	Telefonnummer
E-Mail:	E-mail:

### 2) Angaben zur Krankenversicherung

Der/die Patient\*in ist pflichtversichert/freiwillig versichert in der gesetzlichen Krankenversicherung und wünscht eine Behandlung zu Lasten der Krankenkasse als Sachleistung.

Name der Krankenversicherung:
Anschrift der Krankenversicherung:
Versicherungsnehmer*in (bei familienversicherten Patient*innen): Name: Geburtsdatum:

### 3) Termine und Terminabsagen

Eine ambulante Psychotherapie erfolgt aus therapeutischen Gründen in regelmäßigem Abstand (eine Einheit a 50 Minuten pro Woche). Sollten Therapiestunden ausnahmsweise nicht eingehalten werden können, so sind diese rechtzeitig – **spätestens 24 Stunden vorher** – abzusagen, andernfalls wird eine Ausfallgebühr in Höhe von **100 Euro** privat in Rechnung gestellt.

#### **4) Dokumentation**

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass zur Planung, Beantragung und Dokumentation der psychotherapeutischen Behandlung Informationen über Eltern und Kind (z.B. durch Fragebögen, Tests, Gesprächsaufzeichnungen in Video- und Audioform, Arzt- und Klinikberichte) von der Therapeutin erhoben, ausgewertet und den gesetzlichen Vorgaben gemäß aufbewahrt werden. Mir ist bekannt, dass jegliche Personen, die beruflich mit den Angaben meines Kindes befasst sind, der therapeutischen Schweigepflicht unterliegen.

#### **5) Tiergestützte Therapie**

Ich bestätige, dass bei meiner Tochter/bei meinem Sohn keine Tierhaarallergie gegen Hunde vorliegt und dass ich mit dem Einsatz des speziell ausgebildeten Therapiehundes zu therapeutischen Zwecken einverstanden bin.

#### **6) Merkblatt zur Therapieanmeldung und Datenschutz**

Das Merkblatt zur Therapieanmeldung und zum Datenschutz in der Praxis habe ich erhalten und gelesen.

#### **7) Einwilligung in die Kommunikation per E-mail**

Hiermit willige ich in die Nutzung von E-Mail-Diensten zur Kommunikation zwischen mir und der Therapeutin Anita Schicker ein. Ich bin mir der problematischen Datensicherheit bei E-Mail basierter Kommunikation bewusst und wurde darüber informiert, dass ein lückenloser Datenschutz auf diese Weise nicht gewährleistet werden kann. Diese Zustimmung kann jederzeit widerrufen werden. In diesem Fall beschränkt sich die Kommunikation auf Postweg und Telefon.

#### **8) Einverständniserklärung für Therapieeinheiten außerhalb der Behandlungsräume**

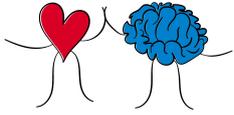
Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass Therapiestunden mit meinem Sohn/meiner Tochter außerhalb der Behandlungsräume durchgeführt werden.

#### **9) Bericht an den/die Hausarzt\*in**

Stimmen Sie einem Bericht an Ihre Hausarzt\*in zu Beginn und Ende Ihrer psychotherapeutischen Behandlung bzw. über die Ihres Kindes zu?

- Nein, ich entbinde die Therapeutin erst dann von der Schweigepflicht, wenn es mir selbst notwendig erscheint.
- Ja, ich entbinde die Therapeutin von der Schweigepflicht gegenüber meiner\*meinem Hausarzt\*in.

Ihre Entscheidung können Sie jederzeit widerrufen.



**Praxis**  
für Kinder- und  
Jugendlichenpsychotherapie

Anita Schicker  
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin

Ismaninger Str. 124  
81675 München  
Telefon: 089/20564834  
kontakt@kjp-schicker.de

Hausarzt/Kinderarzt
Name:
Straße und Hausnummer
PLZ und Wohnort

.....  
Ort, Datum, Unterschrift **beider** Sorgeberechtigten