



## Zentrum für Psychotherapie Stuttgart

SZVT - Zentrum für Psychotherapie  
Psychotherapeutische Ambulanz | Christophstr. 8 | 70178 Stuttgart

### Psychotherapeutische Ambulanz für Erwachsene, Kinder und Jugendliche

Christophstr. 8  
70178 Stuttgart

Tel.: 07 11 / 96 696-61

Fax: 07 11 / 96 696-66

E-Mail: [ambulanz@szvt.de](mailto:ambulanz@szvt.de)

Internet: [www.szvt.de](http://www.szvt.de)

Institutsleitung

Dr. phil. Wolfgang-F. Schneider

Stellv. Institutsleitung

Dipl.-Psych. Tina Betschinger

Ambulanzleitung

Dipl.-Psych. Leonie Thies

### Eingangsfragebogen für Jugendliche von 13-17 Jahren

Liebe/r Jugendliche/r, liebe Eltern,

Du hast/ Sie haben bei uns um einen Therapieplatz (für Ihre(n) Jugendliche(n)) angefragt. Wie bereits am Telefon angekündigt, senden wir Dir / Ihnen heute unseren Eingangsfragebogen. Er enthält eine Reihe von Fragen zur persönlichen Lebenssituation und zu den Problembereichen, die Dich/ Sie veranlasst haben, Dich/ sich an uns zu wenden. Diese Informationen helfen uns einzuschätzen, ob wir Dir/ Ihrem Kind ein passendes Therapieangebot machen können. Bitte füllen Sie als Eltern den Fragebogen Teil A (außer bei Jugendlichen, die bereits 15 Jahre sind und sich alleine anmelden wollen) und Teil B und Du als Jugendliche(r) Teil B möglichst vollständig aus. Selbstverständlich unterliegen Deine/ Ihre Antworten der Schweigepflicht und werden von uns streng vertraulich behandelt.

Aufgrund der sehr hohen Nachfrage führen wir KEINE Warteliste mehr. Wartezeiten von bis zu einem Jahr, die sich beim Führen einer Warteliste ergeben würden, sind nicht sinnvoll, so dass frei werdende Therapieplätze in unserer Ambulanz zeitnah an nachfragende Patienten vergeben werden.

**Wenn Du/ wenn Sie also nach acht Wochen nichts von uns gehört hast/ haben, haben wir derzeit keine passenden freien Kapazitäten und können Dir/ Ihrer(m) Jugendlichen leider keinen Therapieplatz anbieten.**

In diesem Fall empfehlen wir Dir/ Ihnen, sich bei Deiner/ Ihrer zuständigen Krankenkasse oder bei der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg (<http://www.arztsuche-bw.de>) zu erkundigen, welche weiteren Therapeuten für Dich/ Ihre(n) Jugendliche(n) in Frage kämen. Du hast/ Sie haben auch die Möglichkeit, sich über das Patiententelefon Medcall der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg, erreichbar unter 0711/78753966, bei der Suche unterstützen zu lassen.

Zum Zwecke des Datenschutzes wird nach Ablauf von 12 Wochen der eingesendete Fragebogen vernichtet.

Mit freundlichen Grüßen

Dipl. Psych. Leonie Thies

Leiterin der Ambulanz

---

Trägerin des SZVT: RHAP Beratungs- und Entwicklungs-GmbH  
mit Sitz in Kleve  
Eingetragenes Amtsgericht Kleve  
HRB 8516

USt-Id-Nr.: DE814812734

Geschäftsführer: Dr. phil. Wolfgang-F. Schneider  
Dr. med. Norbert Weißig

Geschäftskonto SZVT: Volksbank Kleverland eG  
Kto.-Nr. 20 981 040 [ IBAN DE46 3246 0422 0020 9810 40 ]  
BLZ 324 604 22 [ BIC GENODE33KLL ]

Geschäftsstelle:  
Nassauerallee 75  
47533 Kleve  
Telefon: 02821 – 895 98 80  
Fax: 02821 – 895 99 02  
E-Mail: [info@rhap.de](mailto:info@rhap.de)

Du interessierst/ Sie interessieren sich für eine Behandlung in unserer psychotherapeutischen Ambulanz für Kinder und Jugendliche in Stuttgart. Um Deinem/ Ihrem Anliegen fachgerecht entsprechen zu können, bitten wir Dich/ Sie, den folgenden Anmeldebogen auszufüllen und uns an die o.g. Adresse zukommen zu lassen.

**Bitte beachte(n) (Sie), dass die Vereinbarung einer Sprechstunde ausschließlich telefonisch erfolgen kann – bitte gib/geben Sie mindestens einen telefonischen Kontakt an, unter dem wir Dich/Sie erreichen können:**

Name: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_ Festnetz: \_\_\_\_\_

Falls Du **bereits 15 Jahre** alt bist und Dich alleine anmelden möchtest, kannst Du Teil C weglassen, solltest aber zusätzlich Teil A ausfüllen.

## TEIL A

### 1. Angaben zur(m) Jugendlichen

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

Geschlecht:  weiblich  männlich Größe: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Versichert über:  Vater  Mutter bei Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Behandelnde(r) Ärztin/ Arzt: \_\_\_\_\_

### 2. Angaben zu den Eltern

Sorgerecht:  gemeinsam  Mutter  Vater  Sonstige: \_\_\_\_\_

Name der Mutter: \_\_\_\_\_ Name des Vaters: \_\_\_\_\_

Alter der Mutter: \_\_\_\_\_ Alter des Vaters: \_\_\_\_\_

Beruf der Mutter: \_\_\_\_\_ Beruf des Vaters: \_\_\_\_\_

Eine Psychotherapie bedeutet eine regelmäßige Behandlung. In der Regel finden wöchentlich Termine mit einer Dauer von 50 Minuten statt. Bitte gib an/geben Sie an, an welchen Tagen und zu welchen Uhrzeiten es möglich ist, Termine bei uns wahrzunehmen.

Wochentag	Vormittags	Nachmittags
Montag	von _____ bis _____	von _____ bis _____
Dienstag	von _____ bis _____	von _____ bis _____
Mittwoch	von _____ bis _____	von _____ bis _____
Donnerstag	von _____ bis _____	von _____ bis _____
Freitag	von _____ bis _____	von _____ bis _____

### 3. Angaben zu den Geschwistern

Name: \_\_\_\_\_ Alter: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Alter: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Alter: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Alter: \_\_\_\_\_

### 4. Lebensverhältnisse

Bei wem lebst Du/ lebt die/der Jugendliche? \_\_\_\_\_

Wie häufig Kontakt zur Mutter? \_\_\_\_\_

Wie häufig Kontakt zum Vater? \_\_\_\_\_

Leben noch weitere Personen im Haushalt und wenn ja, wer? \_\_\_\_\_

## Teil B – Von der/dem Jugendlichen auszufüllen

Mein Therapeut sollte:

- unbedingt weiblich sein     unbedingt männlich sein     Geschlecht ist nicht so wichtig  
 möglichst weiblich sein     möglichst männlich sein

### 1. Vorstellungsanlass

Welche Sorgen/ Probleme führen Dich hierher?

Was hast Du bisher versucht, damit Du Dich besser fühlst? Wie bist Du mit dem Problem(en) umgegangen?

---

---

Hast Du noch bei anderen Menschen Hilfe gesucht (Freunde, Lehrer, Ärzte, Therapeuten, andere Einrichtungen)? Bei wem?

---

---

### 2. Interessen und Fähigkeiten

Was machst Du gerne? Was kannst Du gut? Wofür interessierst Du Dich?

---

---

### 3. Schule

Regelmäßigkeit der Schulbesuche:

- regelmäßig     verspäte mich oft     schwänze häufig     fehle oft, wegen:

---

Hausaufgaben: mache ich regelmäßig:  ja  nein

Wie lange meistens? \_\_\_\_\_

Alleine oder mit Hilfe? \_\_\_\_\_

Probleme? \_\_\_\_\_

**Falls Du Dich alleine anmeldest lege falls möglich eine Kopie Deines letzten Zeugnisses bei.**

#### 4. Beziehungen

Wie harmonisch/ konfliktreich findest Du Dein Verhältnis innerhalb der Familie auf einer Skala von -2 bis 2 (-2 = sehr konfliktreich, 2 = sehr harmonisch)?

Zur Mutter:

sehr konfliktreich      -2   -1   0   1   2      sehr harmonisch

Zum Vater:

sehr konfliktreich      -2   -1   0   1   2      sehr harmonisch

Zu den Geschwistern – bitte den jeweiligen Namen eintragen:

\_\_\_\_\_  
sehr konfliktreich      -2   -1   0   1   2      sehr harmonisch

\_\_\_\_\_  
sehr konfliktreich      -2   -1   0   1   2      sehr harmonisch

\_\_\_\_\_  
sehr konfliktreich      -2   -1   0   1   2      sehr harmonisch

\_\_\_\_\_  
sehr konfliktreich      -2   -1   0   1   2      sehr harmonisch

Häufigster Anlass zum Streit ist:

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

Hast Du Freunde?       nein       ja, Anzahl und Alter : \_\_\_\_\_

Wie häufig verbringst Du Deine Freizeit mit Freunden?

fast täglich     nicht täglich, sondern: \_\_\_\_\_     Ich bin lieber für mich allein.

Wie verträgst Du Dich mit anderen Jugendlichen?

- Ich komme gut mit anderen aus.
- Ich versuche meine Meinung/ Interessen durchzusetzen.
- Ich bin leicht durch andere zu beeinflussen.
- Ich will häufig alles bestimmen.
- Ich werde häufig körperlich aggressiv.
- Ich werde häufig Opfer körperlicher Gewalt.
- Ich werde oft von anderen beschimpft.
- Ich gebe häufig an.
- Ich ziehe mich von anderen zurück.
- Ich werde von anderen wenig beachtet bzw. gemieden.



## TEIL C – von den Eltern auszufüllen

### 1. Vorstellungsanlass

Was macht Ihnen Sorgen bei Ihrer/m Jugendlichen?

Wann ist das Problem, das zur Vorstellung führt, erstmalig aufgetreten?

---

Ist das Problem  plötzlich  allmählich aufgetreten?

Gab es besondere Ereignisse, die mit dem ersten Auftreten des Problems zusammenfielen?

---

---

Wie hat sich das Problem im Laufe der Zeit verändert?

wurde immer stärker  gleichbleibend  phasenweise stärker/ schwächer

In welchen Situationen zeigt sich das Problem verstärkt (an bestimmten Orten, zu bestimmten Anlässen, zu bestimmten Zeiten, bei bestimmten Personen)?

---

In welchen Situationen tritt das Problem seltener oder gar nicht auf (an bestimmten Orten, zu bestimmten Anlässen, zu bestimmten Zeiten, bei bestimmten Personen)?

---

### 2. Bisherige Lösungsversuche

Was haben Sie bisher versucht, um das Problem in den Griff zu bekommen?

In Ihrem Erziehungsverhalten:

---

---

Durch Hilfe anderer (bitte **Person**, **Zeitpunkt** und **Dauer** angeben):

Schule (Lehrer, Psychologen): \_\_\_\_\_

- Beratungsstelle: \_\_\_\_\_
- Haus- oder Kinderarzt: \_\_\_\_\_
- Logopädie: von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ in Praxis: \_\_\_\_\_
- Ergotherapie: von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ in Praxis: \_\_\_\_\_
- ambulante Psychotherapie: von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ in Praxis: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Kinder- und Jugendpsychiater: von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ in Praxis: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Klinik: von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ in: \_\_\_\_\_

Jugendamt: \_\_\_\_\_

andere Einrichtungen / Personen (z.B. Psychiatrische Institutsambulanz, Sozial Pädiatrisches Zentrum, etc.): von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_

Welche Maßnahmen wurden von diesen Personen / Einrichtungen getroffen, mit welchem Erfolg?

\_\_\_\_\_

Wie sind Sie auf unsere Einrichtung aufmerksam geworden (Arzt, Kollege, Internet, Jugendamt etc.)?

### 3. Vorgeschichte

#### a) Schwangerschaft / Geburt / Neugeborenenzeit

Wie verlief die Schwangerschaft (Auffälligkeiten wie schweres Erbrechen, vorzeitige Wehen, Alkohol, Nikotin, fieberhafte Erkrankungen, Medikamente, etc.)?

Wie verlief die Geburt?  normal  Frühgeburt  Spätgeburt

Gab es Komplikationen (z.B. Zangengeburt, Kaiserschnitt)?

\_\_\_\_\_

Größe bei Geburt: \_\_\_\_\_ Gewicht bei Geburt: \_\_\_\_\_

War Ihr/e Jugendliche/r innerhalb der ersten Lebenswochen in stationärer Behandlung?

nein  ja: bitte Behandlungsgrund und Behandlungsdauer angeben:

\_\_\_\_\_

Gab es sonstige Auffälligkeiten, die Ihnen Sorgen machten (z.B. Bewegungsarmut, auffallende Unruhe, häufiges Spucken, Krampfanfälle, häufiges Schreien)?

#### b) Körperliche und geistige Entwicklung

Gab es im Weiteren besondere Erkrankungen, Operationen, Unfälle?

nein  ja, und zwar: \_\_\_\_\_ im Alter von: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ im Alter von: \_\_\_\_\_

Wie verlief die Entwicklung?

Freies Laufen mit: \_\_\_\_\_ Monaten      Erstes sinnvolles Wort mit: \_\_\_\_\_ Monaten  
Erste kleine Sätze mit: \_\_\_\_\_ Monaten      Sauber mit: \_\_\_\_\_ Monaten  
Trocken mit: \_\_\_\_\_ Monaten

Hat Ihr/e Jugendliche/r körperliche oder geistige/ kognitive Einschränkungen?

- nein
- Sehschwäche (Brille: ja/nein): \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_
- Hörschäden: \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_
- Sprachstörungen: \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_
- Schäden an Körper und Gliedmaßen: \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_
- Bewegungs- und/ oder Koordinationsstörungen: \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_
- Allergien: \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_
- geistige Schwächen: \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_
- andere Schwächen/ Einschränkungen: \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_

Nahm oder nimmt Ihr/e Jugendliche/r Medikamente ein?

- nein       ja, welche? \_\_\_\_\_

### c) Kindergarten

Besuchte Ihr/e Jugendliche/r einen Kindergarten?

- nein       ja, im Alter von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Gab es dort Probleme?

- nein       ja, welche (Trennung, Probleme mit anderen Kindern etc.)?  
\_\_\_\_\_

## 4. Schule

Gegenwärtig besucht die/der Jugendliche die \_\_\_\_\_ Klasse einer \_\_\_\_\_ (Hauptschule, Realschule, Gymnasium, Gesamtschule, Förderschule, Schule für Erziehung, berufliche Schule etc.).

Schullaufbahn:  normaler Verlauf       verspätete Einschulung (Zurückstellung) wegen \_\_\_\_\_

Wiederholung der Klasse \_\_\_\_\_       Überspringen der Klasse \_\_\_\_\_

Schulwechsel im Jahre \_\_\_\_\_ wegen \_\_\_\_\_

zeitweise keine Schule besucht von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ wegen \_\_\_\_\_

Stärken hat sie/ er in: \_\_\_\_\_

Schwächen hat sie/ er in: \_\_\_\_\_

Gibt es Verhaltensprobleme in der Schule?

- nein       ja, und zwar: \_\_\_\_\_

Regelmäßigkeit der Schulbesuche:

regelmäßig       verspätet sich oft       schwänzt häufig       fehlt oft, wegen:

---

Hausaufgaben: macht sie/er regelmäßig:  ja       nein

Wie lange meistens? \_\_\_\_\_

alleine oder mit Hilfe? \_\_\_\_\_

Probleme? \_\_\_\_\_

**Bitte legen Sie eine Kopie des letzten Zeugnisses bei.**

## 5. Erziehung

Von wem wurde Ihr/e Jugendliche/r bisher vorwiegend erzogen?

von der Mutter       vom Vater       von den Großeltern       von: \_\_\_\_\_

Welche anderen Personen üben einen Einfluss auf die Erziehung aus?

---

Wie würden Sie Ihren Erziehungsstil beschreiben auf einer Skala von -2 bis 2 (-2 = sehr inkonsequent, 2 = sehr konsequent)?

Mutter:

sehr inkonsequent      -2     -1     0     1     2       sehr konsequent

sehr fordernd      -2     -1     0     1     2       sehr fürsorglich

Vater:

sehr inkonsequent      -2     -1     0     1     2       sehr konsequent

sehr fordernd      -2     -1     0     1     2       sehr fürsorglich

Arten von Belohnungen: \_\_\_\_\_

---

Arten von Bestrafungen: \_\_\_\_\_

---

Hat Ihr/e Jugendliche/r regelmäßige Pflichten?

nein       ja, welche? \_\_\_\_\_

## 6. Beziehungen

Wie harmonisch/ konfliktreich ist das Verhältnis Ihrer/s Jugendlichen innerhalb der Familie auf einer Skala von -2 bis 2 (-2 = sehr konfliktreich, 2 = sehr harmonisch)?

Zur Mutter:

sehr konfliktreich      -2     -1     0     1     2       sehr harmonisch

Zum Vater:

sehr konfliktreich      -2     -1     0     1     2       sehr harmonisch

Zu den Geschwistern – bitte den jeweiligen Namen eintragen:

_____:	sehr konfliktreich	-2	<input type="checkbox"/>	-1	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	sehr harmonisch
_____:	sehr konfliktreich	-2	<input type="checkbox"/>	-1	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	sehr harmonisch
_____:	sehr konfliktreich	-2	<input type="checkbox"/>	-1	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	sehr harmonisch
_____:	sehr konfliktreich	-2	<input type="checkbox"/>	-1	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	sehr harmonisch

Häufigster Anlass zum Streit ist:

\_\_\_\_\_

Hat Ihr/e Jugendliche/r Freunde?

nein       ja, Anzahl und Alter \_\_\_\_\_

Wie häufig verbringt Ihr/e Jugendliche/r seine Freizeit mit Freunden?

fast täglich       nicht täglich, sondern: \_\_\_\_\_  ist bin lieber für sich allein.

Wie verträgt sich Ihr/e Jugendliche/r mit anderen Jugendlichen?

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> kommt gut mit anderen aus            | <input type="checkbox"/> ist leicht durch andere zu beeinflussen                    |
| <input type="checkbox"/> will häufig alles bestimmen          | <input type="checkbox"/> nimmt anderen gerne etwas weg                              |
| <input type="checkbox"/> zwickt, stößt, schlägt andere häufig | <input type="checkbox"/> wird von anderen häufig gezwickt, gestoßen oder geschlagen |
| <input type="checkbox"/> wird oft von anderen beschimpft      | <input type="checkbox"/> gibt häufig an   |
| <input type="checkbox"/> zieht sich von den anderen zurück    | <input type="checkbox"/> wird von den anderen wenig beachtet bzw. gemieden          |

Welche Probleme gibt es in Beziehungen zu anderen Personen?

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

## 7. Gefühle

Gab es jemals eine Zeit, in der Ihr/e Jugendliche/r nahezu jeden Tag niedergeschlagen und bedrückt war oder kein Interesse bzw. keine Freude mehr an Dingen hatte, die ihr/ ihm sonst viel bedeutet haben?       ja       nein

Wenn ja: Kreuzen Sie bitte im Folgenden an, welche der aufgeführten Gefühle oder Zustände während dieser Zeit bei Ihrer/m Jugendlichen auftraten:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> deutlicher Gewichtsverlust oder Gewichtszunahme | <input type="checkbox"/> Schuldgefühle                      |
| <input type="checkbox"/> verminderter oder gesteigerter Appetit          | <input type="checkbox"/> Konzentrationsverlust              |
| <input type="checkbox"/> Schlaflosigkeit oder vermehrter Schlaf          | <input type="checkbox"/> Entscheidungsunfähigkeit           |
| <input type="checkbox"/> Ruhelosigkeit, ständig in Bewegung sein         | <input type="checkbox"/> wiederkehrende Gedanken an den Tod |
| <input type="checkbox"/> Verlangsamung der Bewegungen / des Sprechens    | <input type="checkbox"/> Selbsttötungsgedanken              |
| <input type="checkbox"/> Müdigkeit/Energieverlust                        | <input type="checkbox"/> Selbsttötungsversuch               |
| <input type="checkbox"/> Gefühl der Wertlosigkeit                        |   |

Fühlt Ihr/e Jugendliche/r sich auch gegenwärtig niedergeschlagenen und bedrückt?

ja  nein

## 8. Konsumverhalten

Medienkonsum?

Stunden pro Tag \_\_\_\_\_ / Stunden pro Woche \_\_\_\_\_

Arten: \_\_\_\_\_

(Filme, Serien, Clips, Soziale Medien, Games,...)

Raucht Ihr/e Jugendliche/r?  ja  nein

Trinkt sie/ er Alkohol?  ja  nein

Wenn ja wie oft?  gelegentlich  wöchentlich  täglich

Wenn ja welche Sorte(n) von Alkohol? \_\_\_\_\_

Nimmt sie/ er Drogen?  ja  nein

Wenn ja welche: \_\_\_\_\_

## 9. Vorbefunde

Bitte legen Sie **Vorbefunde** aus Kliniken und diagnostischen Untersuchungen in Kopie bei, sowie eine Kopie des aktuellsten Schulzeugnisses.

**Vielen Dank für Ihre Bemühungen!**

Datum: \_\_\_\_\_

Dieser Fragebogen wurde ausgefüllt von: \_\_\_\_\_

### **Allgemeine Informationen zu Psychotherapien am Zentrum für Psychotherapie Stuttgart**

Das psychotherapeutische Angebot richtet sich an Erwachsene, Jugendliche und Kinder, die unter psychischen Problemen und Störungen leiden. Wir behandeln alle psychischen Störungen von Krankheitswert, für die es wissenschaftlich entwickelte Therapieansätze der modernen Verhaltenstherapie gibt. Unsere Behandlungsmethoden richten wir stets am neuesten Stand der Psychotherapieforschung aus. Erprobte Behandlungsangebote werden systematisch verbessert und neue Behandlungsmöglichkeiten entwickelt.

Die Behandlungskosten werden bei gegebener Indikation von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen.

Unsere Ambulanz ist nach dem Psychotherapeutengesetz zum Zwecke der Ausbildung, Lehre und Forschung ermächtigt. Unsere Therapeutinnen und Therapeuten befinden sich nach dem Abschluss ihres Studiums in einer postgradualen Ausbildung. Alle Therapeuten haben bereits therapeutische Berufserfahrung im stationären und ambulanten Bereich. Die Behandlungen finden unter engmaschiger Supervision (Fachanleitung) durch anerkannte Supervisoren statt, so dass jederzeit eine hohe Behandlungsqualität garantiert ist. Die Supervision ist ein wichtiger Baustein der Qualitätssicherung von Psychotherapie in unserem Haus. Das Ziel der Supervision ist die Optimierung Ihrer Therapie. Für die Supervision werden alle psychotherapeutischen Sitzungen auf Video aufgenommen. Diese Aufnahmen dienen der Vorbereitung und Supervision der Psychotherapiesitzungen. Alle an der Supervision Beteiligten unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

**Bei Eltern mit gemeinsamem Sorgerecht ist die Zustimmung beider Erziehungsberechtigter, sofern die/ der Jugendliche jünger als 15 Jahre ist, zur Erstvorstellung und Behandlung in unserer Ambulanz, immer notwendig (siehe beiliegende Einverständniserklärung).**

**Auf den folgenden Seiten 17-18 finden Sie unsere ausführliche Patienteninformation zum Datenschutz. Bitte lesen Sie diese sorgfältig durch.**

- Ich habe die „Patienteninformation zum Datenschutz – Behandlung von Kindern und Jugendlichen“ des SZVT Zentrum für Psychotherapie Stuttgart (Stand: 07.06.2018) erhalten und gelesen.

\_\_\_\_\_ (Unterschrift Jugendliche(r) ab 15 J.)

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ (Unterschriften aller Sorgeberechtigter)

**Sämtliche Angaben werden von uns vertraulich behandelt!** Sie stellen die Grundlage für unsere Vorbereitung und die Einladung zu einem Erstgespräch dar, in dem wir mit Ihnen den Therapiebedarf und die formalen Rahmenbedingungen zur Aufnahme einer Therapie eingehend besprechen.

**Vielen Dank für die umfassende Auskunft und Ihre Mitarbeit!**

Bitte senden Sie den Fragebogen zurück an:

RHAP Beratungs-und Entwicklungs-GmbH  
**SZVT - Zentrum für Psychotherapie Stuttgart**  
Psychotherapeutische Ambulanz für Kinder-und Jugendliche  
Christophstr. 8  
70178 Stuttgart

## Erklärung über die Zustimmung aller Sorgeberechtigter zu einer psychotherapeutischen Behandlung der/s Jugendlichen

Name der/s Jugendlichen:.....

Name des 1. Sorgeberechtigten:.....

Name des 2. Sorgeberechtigten:.....

Hiermit erklären wir uns mit der Vorstellung / Behandlung der/s oben genannten Jugendlichen in der psychotherapeutischen Ambulanz des *SZVT – Zentrum für Psychotherapie, Christophstr. 8, 70178 Stuttgart*, einverstanden.

Dies beinhaltet auch therapeutische Aktivitäten außerhalb der Therapieräume.

Ort, Datum:.....

Ort, Datum:.....

.....  
Unterschrift (1. Sorgeberechtigte(r))

.....  
Unterschrift (2. Sorgeberechtigte(r))

# **Patienteninformation zum Datenschutz - Behandlung von Kindern und Jugendlichen (Stand: 07.06.2018)**

Mit den folgenden Hinweisen möchten wir Sie allgemein über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten und derer Ihres Sohnes/Ihrer Tochter durch uns informieren. Zusätzlich erhalten Sie einen Überblick über Ihre Rechte aus den Datenschutzgesetzen.

## **1. Verantwortliche Stelle**

RHAP Beratungs- und Entwicklungs- GmbH

SZVT Zentrum für Psychotherapie Stuttgart (Kontaktdaten siehe unten)

## **2. Zweck der Verarbeitung und Rechtsgrundlagen**

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen bzw. Ihrem Sohn/Ihrer Tochter und dem behandelnden Psychotherapeuten und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen.

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

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit Paragraf 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz.

Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für die Behandlung Ihres Sohnes/Ihrer Tochter. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann eine sorgfältige Behandlung nicht erfolgen.

Wenn die Behandlung Ihres Sohnes/Ihrer Tochter durch eine/n unserer Psychotherapeut/in zum Zweck der Ausbildung erfolgt, werden aus den personenbezogenen Daten anonymisierte Fallbeschreibungen erstellt. Zudem hat Ihr Sohn/Ihre Tochter die Möglichkeit, zur Optimierung der Behandlung und für die gesetzlich erforderliche Supervision an Audio-/ Videoaufzeichnungen teil zu nehmen. Hierfür erbitten wir als Rechtsgrundlage Ihre Einwilligung. Die Einwilligung ist freiwillig und Sie können sie jederzeit widerrufen; ein Nachteil entsteht Ihrem Sohn/Ihrer Tochter dadurch nicht.

Die personenbezogenen Daten können auch zur Wahrung der Qualitätsstandards und zu wissenschaftlichen Forschungszwecken und Studien verarbeitet werden. Rechtsgrundlage hierfür ist Artikel 9 Abs. 2 lit. i) DSGVO in Verbindung mit Paragraf 22 Abs. 1 Nr. 1 lit. c) Bundesdatenschutzgesetz.

## **3. Empfänger Ihrer Daten**

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten oder die Ihres Sohnes/Ihrer Tochter 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 Ihrem Sohn/Ihrer Tochter erbrachten Leistungen, zur Klärung von medizinischen und sich aus Ihrem Versicherungsverhältnis

ergebenden Fragen. Im Einzelfall erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechnigte Empfänger, beispielsweise an Supervisoren oder Gutachter.

Wir haben spezialisierte Dienstleister beauftragt, uns zu unterstützen, dazu zählen beispielsweise Softwareanbieter, Systemadministratoren und Rechenzentrumsbetreiber. Diese haben, nur soweit für die Erbringung der Dienstleistungen unbedingt erforderlich, Zugriff auf personenbezogene Daten.

#### **4. Speicherung Ihrer Daten**

Wir bewahren die 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 falls dauerhafte Dokumentation sinnvoll erscheint.

Videoaufzeichnungen werden unverzüglich nach Abschluss der Ausbildung unter Supervision gelöscht.

#### **5. Ihre Rechte**

Sie bzw. Ihr Sohn/Ihre Tochter haben das Recht, über die sich selbst betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten. Auch kann die Berichtigung unrichtiger Daten verlangt werden.

Darüber hinaus steht Ihnen bzw. Ihrem Sohn/Ihrer Tochter 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 ein Einverständnis. In diesen Fällen besteht das Recht, die Einwilligung für die zukünftige Verarbeitung zu widerrufen.

Sie, bzw. Ihr Sohn/Ihre Tochter 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.

#### **6. Unsere Kontaktdaten:**

RHAP Beratungs- und Entwicklungs- GmbH  
SZVT Zentrum für Psychotherapie Stuttgart  
Christophstr. 8  
70178 Stuttgart  
Tel: 0711-9669663

Unseren betrieblichen Datenschutzbeauftragten erreichen Sie

per E-Mail: [datenschutz@szvt.de](mailto:datenschutz@szvt.de)

oder per Post unter vorstehender Anschrift, „zu Händen des Datenschutzbeauftragten“.