

# Dipl.-Psychologe Sebastian Felix

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut



## Patientenbogen

Name (Patient):

Namen (Eltern):

Geburtsdatum (Patient):

Adresse:

Telefonnummer: Eltern:

Jugendlicher:

E-Mail: Eltern:

Jugendlicher:

Krankenversicherung:

Hauptversicherter:

(Name, Vorname; Geburtsdatum; Adresse)

Versichertennummer:

Sorgerecht:

Hausarzt/Kinderarzt/Kinder- und Jugendpsychiater:

Schule (Klasse)/ Ausbildung/ Beruf:

# Dipl.-Psychologe Sebastian Felix

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut



Sebastian Felix Kirchstraße 3-7 48565 Steinfurt

Sebastian Felix  
Kirchstraße 3-7 48565 Steinfurt  
[www.kindertherapie-steinfurt.de](http://www.kindertherapie-steinfurt.de)

Fon 02551 / 9965333 Fax 02551 / 9965334  
[sebastian.felix@kindertherapie-steinfurt.de](mailto:sebastian.felix@kindertherapie-steinfurt.de)

BSNR: 197159300  
LANR: 919463269

## Vereinbarung zwischen Herrn Dipl.-Psychologen Sebastian Felix und KollegInnen und den

Eltern/Sorgeberechtigten/Jugendlichen/Erwachsenen von \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ geb. am \_\_\_\_\_.

Liebe Eltern, Jugendliche und junge Erwachsene,

Sie und Ihr Kind befinden sich in unserer Praxis in psychotherapeutischer Behandlung. Selbstverständlich unterliegen Ihre Aussagen der Schweigepflicht der Therapeut:innen. Ohne Aufklärung und ohne Ihre ausdrückliche Zustimmung dürfen Therapieinhalte nicht an Andere, auch nicht an Familienmitglieder oder mitbehandelnde Ärzt:innen, weitergegeben werden. Mit der Unterzeichnung dieses Vertrages stimmen Sie zu, dass auch dem Hausarzt oder der Hausärztin nicht schriftlich berichtet wird. Sollten Sie eine Berichterstattung an den Hausarzt wünschen, besprechen Sie dies bitte gesondert mit Ihrer:m Therapeut:in. Zudem bestätigen Sie den Erhalt der beiliegenden Patienteninformation zum Datenschutz in unserer Praxis.

Sie als Patient:in verpflichten sich Ihrerseits zur Verschwiegenheit über andere Patient:innen, von denen Sie zufällig - z.B. über Wartezimmerkontakt - Kenntnis erhalten haben.

Wir arbeiten nach einem Bestellsystem, dies bedeutet, die Sitzungen sind für Sie reserviert. Den Ausfall können wir nicht durch Patient:innen aus dem Wartezimmer

überbrücken. Daher entsteht im Falle eines Terminausfalls durch Sie ein Honorarausfall.

**Sollten Sie einmal verhindert sein, bitten wir Sie, uns dieses so früh wie möglich mitzuteilen. Bei Absagen später als 24 Stunden vor dem Termin, gleich aus welchen Gründen, berechnen wir Ihnen ein Ausfallhonorar in Höhe von 70,00 €, da wir den Termin nicht mehr so kurzfristig neu besetzen können. Bedenken Sie hierbei, dass Ihre Kasse diese Kosten nicht übernimmt. Da die Warteliste in unserer Praxis aktuell sehr lang ist, müssen die Patient:innen in der Regel sehr lange auf einen regulären Behandlungsplatz warten. Die Nichteinhaltung von vereinbarten Terminen ist insbesondere den wartenden Patient:innen gegenüber unfair. Vor diesem Hintergrund behalten wir uns vor, laufende Behandlungen zu beenden, wenn insgesamt zweimal unentschuldigt Termine nicht wahrgenommen werden.**

Für die Sicherung der Qualität ihrer Behandlung befinden wir uns in einem kontinuierlichen Weiterbildungsprozess. In diesem Zusammenhang suchen wir auch Supervision und Intervention bei dafür qualifizierten Kolleg:innen auf. Die Supervision und Intervention findet grundsätzlich in anonymisierter Form statt. Wir bitten Sie, uns zu diesem Zweck von der Schweigepflicht gegenüber dem oder der Supervisor:in und den Kolleg:innen in der Interventionsgruppe zu entbinden. Dies beinhaltet auch das Zeigen von etwaigen Videoaufzeichnungen.

Es besteht die Möglichkeit, mit der Praxis Informationen und Daten elektronisch auszutauschen (Email). Dieser Austausch erfolgt i.d.R. unverschlüsselt und ist damit nicht sicher und kann eventuell durch Dritte eingesehen und manipuliert werden. Es ist möglich, dass dadurch persönliche Sachverhalte unbefugten Dritten bekannt werden. Die Praxis wird die elektronischen Kommunikationswege im Wesentlichen für Terminabsprachen nutzen. Sensible persönliche Daten werden nicht auf diesem Wege versendet.

Änderungen des Gesundheitszustandes, Arztbesuche, Einnahme von Medikamenten, insbesondere Psychopharmaka und Veränderungen in der Medikation sollen möglichst zeitnah mitgeteilt werden.

Sie verpflichten sich, dem oder der Therapeut:in einen Wechsel Ihrer Krankenkasse sofort mitzuteilen.

Mit folgender Unterschrift stimme ich den oben beschriebenen Schweigepflichtsentbindungen und Vereinbarungen zu. Ich bin dazu berechtigt diese jederzeit zu widerrufen.

Steinfurt, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift (Sorgeberechtigte(r), Jugendliche(r), junge(r)  
Erwachsene(r))

# Dipl.-Psychologe Sebastian Felix

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut



Sebastian Felix Kirchstraße 3-7 48565 Steinfurt

Sebastian Felix  
Kirchstraße 3-7 48565 Steinfurt  
www.kindertherapie-steinfurt.de

Fon 02551 / 9965333 Fax 02551 / 9965334  
sebastian.felix@kindertherapie-steinfurt.de

BSNR: 197159300  
LANR: 919463269

## Einverständniserklärung

**Patient:in:** \_\_\_\_\_ **geb. am** \_\_\_\_\_

Hiermit erklären wir uns als Sorgeberechtigte / Vormund:in des/der o.g. Patienten:in damit einverstanden, dass neben dem diagnostischen Erstgespräch auch eine psychotherapeutische Diagnostik und Behandlung bei Herrn Sebastian Felix oder einer/m seiner Angestellten durchgeführt wird.

Uns ist bekannt, dass wir diese Einwilligung gegenüber den Behandlern nur mit Wirkung auf die Zukunft jederzeit formlos widerrufen kann; bisher durchgeführte, von dieser Einwilligung abgedeckte Datenweitergaben/Vorgänge/Abmachungen bleiben dadurch rechtmäßig.

**Es ist die Zustimmung aller Sorgeberechtigter notwendig.**

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der sorgeberechtigten Mutter

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des sorgeberechtigten Vaters

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der/des Vormundin/Vormundes

# Dipl.-Psychologe Sebastian Felix

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut



Sebastian Felix

Kirchstraße 3-7, 48565 Steinfurt

Fon 02551 / 9965333 Fax 02551 / 9965334

[sebastian.felix@kindertherapie-steinfurt.de](mailto:sebastian.felix@kindertherapie-steinfurt.de)

[www.kindertherapie-steinfurt.de](http://www.kindertherapie-steinfurt.de)

## Elternfragebogen

Die hier erhobenen Daten dienen der Vor-/Nachbereitung des Erstgesprächs sowie der Antragsstellung für eine Psychotherapie. Die hier erfassten Daten unterliegen der Schweigepflicht und werden nicht an die Krankenkasse weitergeleitet. Falls nötig nutzt der Therapeut/die Therapeutin diese, um einen anonymisierten Bericht an einen Gutachter zu verfassen, um über die Notwendigkeit einer Psychotherapie entscheiden zu können. Sollten Sie einige der Fragen nicht beantworten können bzw. wollen, so können wir dies auch gerne im persönlichen Gespräch erörtern.

## Persönliche Daten

Name des Kindes:

Geburtsdatum:

Schule:

Klasse:

Kita:

## Vorstellungsanlass (Probleme, Symptome, Diagnosen):

Wo und wie häufig zeigt sich das Problemverhalten?

O Familie ( \_\_\_ x pro Woche), O Freizeit ( \_\_\_ x pro Woche), O Freunde ( \_\_\_ x pro Woche),

O Schule ( \_\_\_ x pro Woche)

Ideen zur Entstehung und Aufrechterhaltung des Problemverhaltens?

**Therapieziele**

Wer ist an der psychotherapeutischen Behandlung interessiert?

**O Mutter** **O Vater** **O Kind/Jugendliche/r** **O andere** \_\_\_\_\_

Ziele und Wünsche an die Therapie:

**Ggf. Vorbehandlungen: (Bitte lassen Sie uns vorhandene Berichte der Vorbehandler zukommen!)**

Kinder- und Jugendpsychiater:in (Praxis):

Zeitpunkt:

Diagnosen:

Aktuelle Medikation:

Richtlinienpsychotherapie (Psychotherapeut:in):

Zeitpunkt:

Diagnosen:

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Erwachsenenpsychiatrie (Klinik):

Zeitpunkt:

Diagnosen:

Aktuelle Medikation:

Sozialpädiatrisches Zentrum (SPZ):

Zeitpunkt:

Diagnosen:

Aktuelle Medikation:

### Weitere Vorbehandlungen

| Behandlung                  | Wo? | Wann? |
|-----------------------------|-----|-------|
| Ergotherapie/Physiotherapie |     |       |
| Logopädie                   |     |       |
| Frühförderung               |     |       |
| Erziehungsberatungsstelle   |     |       |
| Schulpsychologe             |     |       |
| Kinderarzt/Hausarzt         |     |       |
| Andere:                     |     |       |

Gibt es körperliche Vorerkrankungen?

Ja  Nein

Wenn ja, welche:

Nimmt Ihr Kind Medikamente ein?

Nein  Ja:

|           |            |            |
|-----------|------------|------------|
| Präparat: | Dosierung: | Seit wann? |
| Präparat: | Dosierung: | Seit wann? |
| Präparat: | Dosierung: | Seit wann? |

### Entwicklung des Kindes/Jugendlichen

Wie verlief die Schwangerschaft?

Komplikationslos

Mit Komplikationen: \_\_\_\_\_

Risikofaktoren (z.B. Alkohol, Nikotin, Drogenmissbrauch, Medikamenteneinnahme, Krankenhausaufenthalte, Infektionen, seelische/psychosoziale Belastung):

Wie verlief die Geburts?

Komplikationslos

Mit Komplikationen: \_\_\_\_\_

Geburt in der \_\_\_\_\_ SSW  
Gewicht: \_\_\_\_\_, Größe \_\_\_\_\_  
Auffälligkeiten beim Kind nach der Geburt? O Nein O Ja: \_\_\_\_\_

Belastungen der Mutter nach der Geburt (z.B. Baby blues, Depressionen, andere Belastungen) ?  
O Nein O Ja: \_\_\_\_\_

Auffälligkeiten im Säuglingsalter?  
O Nein O Ja:  
O exzessives Schreien O Ein-/Durchschlafstörungen O Fütter-/Gedeihstörungen  
O schwer zu beruhigen O Körperkontakt abweisend O leicht irritierbar  
O Blickkontakt vermeidend O andere: \_\_\_\_\_

Wann (Monat/Jahr) hat ihr Kind die Meilensteine erreicht?  
O Krabbeln: \_\_\_\_\_ O Freies Laufen: \_\_\_\_\_ O Ohne Windeln am Tag: \_\_\_\_\_  
O Ohne Windeln in der Nacht: \_\_\_\_\_ O erste Worte: \_\_\_\_\_ O erste Sätze: \_\_\_\_\_

Gab es in einem der o.g. Bereiche Auffälligkeiten oder Fördermaßnahmen?  
O Nein O Ja: \_\_\_\_\_

### **Kindergarten/Krippe**

Gab es eine Fremdbetreuung vor dem Kindergarten (z.B. Tagesmutter)?  
O Nein O Ja (von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_)  
Eintritt in den Kindergarten mit \_\_\_\_\_ Jahren.  
Betreuung im Kindergarten: O ganztags O halbtags  
Ging ihr Kind O gerne oder O ungerne in den Kindergarten?

Gab es Verhaltensauffälligkeiten während der Kindergartenzeit?  
O Trennungsangst O Angst vor \_\_\_\_\_  
O Schüchternheit/ Zurückhaltung O Kontaktschwierigkeiten O Aggressionen (verbal/körperl.)  
O Hypermotorik/Zappeligkeit O Wutausbrüche O Opposition/Regelverstöße  
O Kopf-/Bauchschmerzen O andere: \_\_\_\_\_

### **Schule**

Eintritt mit \_\_\_\_\_ Jahren.  
Gab es einen Schulwechsel? O Nein O Ja: \_\_\_\_\_

Wurde eine Klasse wiederholt? O Nein O Ja: \_\_\_\_\_  
Gab oder gibt es besondere Schwierigkeiten in der Grundschulzeit? O Nein O Ja:

Welche?

Welche weiterführende Schule wird/wurde besucht:

Hat Ihr Sohn/Ihre Tochter einen Schulabschluss?  Nein  Ja: \_\_\_\_\_  
Falls Nein, welcher Schulabschluss wird angestrebt? \_\_\_\_\_

Gab/gibt es Verhaltensprobleme in der Schule und (seit) wann?  Nein  
 Ja:  
 Leistungsschwierigkeiten  Angst/Zurückhaltung  Konzentrationsprobleme  
 Zappeligkeit  Opposition/Regelverstoß  Schwänzen  Aggression (verbal/körperl.)  
 andere: \_\_\_\_\_

Wie schätzen Sie die schulischen Leistungen Ihres Kindes ein?  
 sehr gut bis gut  befriedigend bis ausreichend  mangelhaft bis ungenügend

Werden/wurden die Hausaufgaben regelmäßig gemacht?  
 Ja  Widerwillig  Nein  
Wie lange braucht ihr Kind für die Hausaufgaben? \_\_\_\_\_  
Wie arbeitet ihr Kind bei den Hausaufgaben?  
 abgelenkt  verträumt  muss sich häufig bewegen  unordentlich  mit häufigen Pausen  
 braucht Druck  gibt leicht auf  lustlos  braucht Hilfe  selbstständig  
Müssen Sie die Hausaufgaben kontrollieren?  Häufig  Selten  Nie

Wie verhält sich Ihr Kind vor Klassenarbeiten?  
 zuversichtlich/ruhig  übermäßig gelassen  hat Kopf-/Bauchschmerzen  erbricht  
 Schlafstörungen  ist sehr aufgeregt  hat Angst  verschweigt Klassenarbeiten  
 geht nicht in die Schule

### **Ausbildung/Studium/Erwerbstätigkeit**

Hat ihr Sohn/Ihre Tochter eine berufliche Ausbildung?  
 Nein  begonnen, welche: \_\_\_\_\_  
 Abgeschlossen, welche: \_\_\_\_\_  
Hat Ihr Sohn/Ihre Tochter ein Studium begonnen oder ist erwerbstätig?  
 Nein  Ja: \_\_\_\_\_

### **Soziales und Aktivitäten**

Mein Kind...  
 hat viele Freunde  hat eher wenige Freunde  hat wenige, aber sehr enge Freunde  
 hat keine Freunde  hat häufig Streit/Konflikte mit  Erwachsenen und/oder  Gleichaltrigen

Wie beschäftigt sich Ihr Kind in seiner Freizeit?  
 Lieber allein  lieber mit Erwachsenen  lieber mit Gleichaltrigen  Lieber mit Jüngeren

Hobbys (Freizeit, Interessen, Sport, Verein): \_\_\_\_\_

Medienkonsum (Stunden pro Tag):  
Fernseher: \_\_\_\_\_ PC/Spielekonsole: \_\_\_\_\_ Smartphone/Tablet: \_\_\_\_\_  
Finden Sie, dass Ihr Kind übermäßig viel Zeit mit den o.g. Medien verbringt?  Nein

Ja  Ja, und der Medienkonsum ist ein häufiges Streitthema in unserer Familie

Schränkt Ihr Kind andere Interessen aufgrund des Medienkonsums ein?

Nein  Ja

Findet Medienkonsum gewalttätiger Inhalte (z.B. Gewaltspiele, Horrorfilme, FSK unterschritten) statt?  häufig  manchmal  selten/gar nicht

### Familienanamnese

Wo lebt Ihr Kind und wer lebt mit im Haushalt?

---

---

Geschwister

| Name | Alter | Geburtsdatum | Geschlecht |
|------|-------|--------------|------------|
|      |       |              |            |
|      |       |              |            |
|      |       |              |            |

Eltern

| Alter bei der Geburt des Patienten/der Patientin | Bildungs-/Studienabschluss | Derzeitige Tätigkeit | Vollzeit/Teilzeit? |
|--|----------------------------|----------------------|--------------------|
|  |                            |                      |                    |
|  |                            |                      |                    |

War ihr Kind von Ihnen über einen längeren Zeitraum getrennt? Wenn ja, wann und warum?

---

Wer kümmert sich vorwiegend um das Kind/den Jugendlichen?

---

Wie würden Sie die Erziehungsstile von Mutter und Vater beschreiben?

Mutter: \_\_\_\_\_

Vater: \_\_\_\_\_

Wird/wurde Ihr Kind geschlagen?  Nein  Ja

Wenn ja, von wem und wie häufig? \_\_\_\_\_

Hat es andere schreckliche/bedrohliche Dinge erlebt (z.B. Unfall, Krankheit, Tod eines Angehörigen etc.): \_\_\_\_\_

Erzählt das Kind/der Jugendliche wie es ihm geht?  Nein  Ja

Merken Sie, wie sich Ihr Kind fühlt?  Nein  Ja  
Wie zeigen Sie Ihrem Kind, dass Sie es mögen?

---

Was machen Sie gerne mit Ihrem Kind?

---

Finden gemeinsame Mahlzeiten statt?  Ja  Nein  
Welche Regeln gibt es in der Familie?

---

Wie würden Sie die verschiedenen Familiebeziehungen beschreiben?

**Mutter- Kind:**  besonders gut  gut  angespannt  sehr belastet

**Vater – Kind:**  besonders gut  gut  angespannt  sehr belastet

**Kind- Geschwister:**  besonders gut  gut  angespannt  sehr belastet

**Vater- Mutter:**  besonders gut  gut  angespannt  sehr belastet

[  verheiratet seit: \_\_\_\_\_  getrennt lebend seit: \_\_\_\_\_  geschieden seit: \_\_\_\_\_ ]

Wer hat das Sorgerecht?  beide  Vater  Mutter  Vormund  Sonstige \_\_\_\_\_

Bei getrennt lebenden Eltern:

Wie sind die Besuchskontakte zu dem nicht in der Familie lebenden Elternteil geregelt (z.B. feste Regelungen, werden Vereinbarungen eingehalten?, Wie oft gibt es Kontakt?)?

---

Gibt es neue Partner (z.B. seit wann, im Haushalt lebend)?

Mutter:  Nein  Ja: \_\_\_\_\_

Vater:  Nein  Ja: \_\_\_\_\_

---

Gibt es psychosoziale Belastungen in der Familie (z.B. Chronische Krankheiten, psychische Störungen, Abhängigkeit/Sucht, Suizidversuche, finanzielle Schwierigkeiten, Konfliktreiche Parteien)?  Nein  Ja

Falls ja, wer in Ihrer Familie ist betroffen und welche Problematik/Belastung liegt vor?

### **Ressourcen und Stärken**

Welche Stärken sehen Sie bei Ihrem Kind?

Was unternehmen Sie gerne als Familie zusammen?

**Anmerkungen/Ergänzungen (ggf. ein Extrblatt verwenden)**

**Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!**

**- Dieses Kästchen bitte für den Therapeuten/die Therapeutin freilassen-**

**Datum:**

**Unterschrift:**

## Datenschutz in unserer Praxis

Stand: Mai 2018

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

in unserer Psychotherapeutischen Praxis haben die Schweigepflicht und der Datenschutz eine extrem hohe Wichtigkeit. Für Ihre Behandlung benötigen wir einige persönliche Daten von Ihnen als Patient/in. Mit diesen sogenannten personenbezogenen Daten gehen wir besonders verantwortungsvoll um.

Nach der EU-Datenschutz Grund-Verordnung<sup>1</sup> sind wir darüber hinaus verpflichtet, Sie über den Zweck der Datenerhebung, die Speicherung und die Weiterleitung Ihrer Daten zu informieren.

### 1. Zweck der Datenerhebung und -Verarbeitung

Zu Beginn und im Verlauf einer psychotherapeutischen Behandlung erheben wir verschiedene Daten über Ihre Person und Ihre Gesundheit. Dies ist notwendig, um eine dem Standard entsprechende psychotherapeutische Behandlung durchzuführen und um den mit Ihnen geschlossenen Behandlungsvertrag ordnungsgemäß zu erfüllen. Die Erhebung personenbezogener Daten dient nur dem Zweck der Verbesserung Ihres Gesundheitszustandes und geschieht in keinem Fall grundlos. Dabei werden selbstverständlich nur diejenigen Daten erhoben, die für die psychotherapeutische Behandlung notwendig sind (Stichwort Datenminimierung). Datenschutzrechtliche Vorgaben sowie die Rechte und Pflichten, die sich aus dem Therapievertrag ergeben, werden beachtet.

Zu den zu erhebenden Daten zählen Anamnesen, Diagnosen, Befunde, Therapieempfehlungen und Protokolle, die wir selbst erarbeiten oder die uns andere Psychotherapeuten/Ärzte zur Verfügung stellen (Konsiliarbericht, Arztbriefe etc.).

### 2. Empfänger der Daten

Psychotherapeuten unterliegen der Schweigepflicht. Wir übermitteln Ihre Gesundheitsdaten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist und/oder Sie ausdrücklich in die Weitergabe eingewilligt haben (Schweigepflichtentbindung).

Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen oder der Medizinische Dienst der Krankenversicherung sein. Die Weitergabe der Daten erfolgt mit gesetzlicher Erlaubnis überwiegend zum Zwecke der Abrechnung der bei Ihnen erbrachten Leistungen, zur Klärung von medizinischen und sich aus Ihrem Versicherungsverhältnis ergebenden Fragen. Sollte eine Weitergabe Ihrer Daten an Ärzte oder Psychotherapeuten oder privatärztliche Verrechnungsstellen notwendig sein, ist für die Weitergabe Ihre Schweigepflichtentbindung nötig.

### 3. Speicherung der Daten

Alle personenbezogenen Daten und Behandlungsunterlagen werden, entsprechend der gesetzlichen Vorgaben, mindestens 10 Jahre nach Ihrem letzten Behandlungstermin in der Praxis aufbewahrt. Ihre Daten werden durch geeignete technische und organisatorische Systeme geschützt.

### 4. Ihre Rechte

Grundsätzlich können Sie Schweigepflichtentbindungen jederzeit widerrufen. Sie haben das Recht, über Ihre gespeicherten personenbezogenen Daten jederzeit Auskunft zu erhalten. Bemerken Sie Unstimmigkeiten, können Sie umgehend die Berichtigung oder Löschung fehlerhafter Daten verlangen.

Zuständig für die Überwachung der Einhaltung der Datenschutzverordnung und Ihr Ansprechpartner bei Beschwerden ist die Datenschutzbehörde Ihres Bundeslandes. Eine Auflistung der Landesdatenschutzbeauftragten finden Sie unter [goo.gl/emrpSA](http://goo.gl/emrpSA).

Ihre Psychotherapeutische Praxis

<sup>1</sup> Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit § 22 Abs.1 Nr.1 lit. b) BDSG  
DPtV Deutsche PsychotherapeutenVereinigung Patienteninformation