

Vor- und Nachname des Kindes:

Geburtsdatum:

Alter:

Anschrift:

Telefon:

Krankenkasse:

Das Kind besucht folgende/n Krippe/Kindergarten/Schule/Bildungseinrichtung:

---

Ggf. Klassenstufe: \_\_\_\_\_ Noten: Deutsch \_\_\_\_ Mathe \_\_\_\_ Englisch \_\_\_\_ Kunst \_\_\_\_ Sport \_\_\_\_

**Aktuelle Anamnese:**

- Bitte nennen Sie den Grund Ihrer Vorstellung in meiner Praxis:

---

---

- Wer hat Ihnen zur Vorstellung in einer psychotherapeutischen Praxis geraten?

---

- Wann traten die Auffälligkeiten erstmals auf?

---

- Wann werden die Auffälligkeiten nicht gezeigt?

---

- Welche Behandlungen und Therapien sind deshalb bisher erfolgt und wann?

---

---

- Nimmt das Kind Medikamente ein?

Nein  Ja (Präparat/Dosierung): \_\_\_\_\_

**Biografische Anamnese**

- Abgesehen von den jetzigen Symptomen: Bestanden bereits in der Vergangenheit psychische Auffälligkeiten bei Ihrem Kind?

Nein  Ja, welche und wann: \_\_\_\_\_

---

- Hat Ihr Kind jemals Behandlungen wie z. B. Logo-, Ergo- oder Psychotherapie erhalten oder wurden psychologische Testungen durchgeführt?

Nein  Ja, welche und wann: \_\_\_\_\_

- Bestehen oder bestanden schwere körperliche Krankheiten bei Ihrem Kind?

Nein  Ja, welche und wann: \_\_\_\_\_

- Traten chronische Krankheiten auf? Nein  Ja, welche: \_\_\_\_\_

- Bestehen Allergien? Nein  Ja, welche: \_\_\_\_\_

- Wurden jemals Krankenhausaufenthalte notwendig? Nein  Ja, wann und weshalb: \_\_\_\_\_

- Hat das Kind Schädelunfälle erlitten? Nein  Ja, wann und wodurch: \_\_\_\_\_

- Wuchs das Kind (zeitweise) in einem Heim oder in einer Pflegefamilie auf?

Nein  Ja, wann und wo: \_\_\_\_\_

- Waren die Eltern während der ersten 3 Lebensjahre längere Zeit vom Kind getrennt?

Elternteil A\* (\_\_\_\_\_): Nein  Ja, wann und wie lange: \_\_\_\_\_

Elternteil B\* (\_\_\_\_\_): Nein  Ja, wann und wie lange: \_\_\_\_\_

\*Bitte behalten Sie die gewählte Zuordnung im gesamten Fragebogen bei.

- Ist das Kind bereits in die Pubertät eingetreten?

Noch nicht  Ja  Ggf. erste Regelblutung mit \_\_\_\_\_ Jahren.

- Vermuten Sie bei Ihrem Kind sexuelle Interessen oder Tätigkeiten, die Ihnen Sorge bereiten?

Nein  Ja  Ich bin mir unsicher / Ich habe dazu eine Frage

- Vermuten Sie bei Ihrem Kind Schwierigkeiten hinsichtlich Sexualität, sexueller Entwicklung, sexueller Identität oder Geschlechtsidentität?

Nein  Ja  Ich bin mir unsicher / Ich habe dazu eine Frage

## **Schwangerschaft**

- Wie alt waren die Eltern zum Zeitpunkt der Entbindung? Elternteil A: \_\_\_\_\_ Jahre, Elternteil B: \_\_\_\_\_ J.

- Traten während der Schwangerschaft Komplikationen auf?

Nein  Ja, welche: \_\_\_\_\_

- Fielen in die Schwangerschaft schwere Erkrankungen, Unfälle, Operationen oder seelische Belastungen der Eltern? Nein  Ja, welche: \_\_\_\_\_

- Wurden während der Schwangerschaft Alkohol, Zigaretten oder Drogen zu sich genommen?

Nein  Falls ja, was und wie häufig: \_\_\_\_\_

- Welche Einstellung hatten die Eltern zum Geschlecht Ihres Kindes?

Das Geschlecht war ihnen eher gleichgültig  Sie wünschten sich unbedingt ein anderes Geschlecht

- Standen die Eltern der Schwangerschaft positiv gegenüber (auch falls sie ungeplant war)?

Ja  Eher nein

## **Geburt**

- Welches Geburtsgewicht und Körperlänge hatte das Kind? \_\_\_\_\_ cm \_\_\_\_\_ g

- In welcher Schwangerschaftswoche erfolgte die Geburt? \_\_\_\_\_ SSW

- Traten bei oder unmittelbar nach der Geburt Komplikationen auf?

Nein  Ja, welche: \_\_\_\_\_

### **Erste Lebensjahre**

- Traten Komplikationen im 1. Lebensjahr des Kindes auf? (Ernährungsstörungen, übermäßiges Schreien etc.)

Nein  Ja, welche: \_\_\_\_\_

- Wer betreute das Kind vorrangig während der ersten 3 Lebensjahre?

Elternteil A  Elternteil B  Andere, nämlich: \_\_\_\_\_

- Wie verlief die Kinderpflege und -erziehung in den ersten 3 bis 4 Lebensjahren?

weitgehend entspannt bzw. „normal“, mit den üblichen Schwierigkeiten

Es hat viele Sorgen bereitet und war eine schwierige Zeit, weil \_\_\_\_\_

- In welchem Alter hat das Kind tagsüber nicht mehr eingenässt und eingekotet? \_\_\_\_\_ Jahre

- In welchem Alter hat das Kind nachts nicht mehr eingenässt und eingekotet? \_\_\_\_\_ Jahre

- Traten Störungen der motorischen Entwicklung auf?

Nein  Ja, welche: \_\_\_\_\_

- Traten Störungen der Sprachentwicklung auf?

Nein  Ja, welche: \_\_\_\_\_

### **Kinderkrippe/Kindergarten/Schule**

- Besuchte das Kind die Kinderkrippe? Ja, ab welchem Alter: \_\_\_\_\_ Jahre    Nein

- Besuchte das Kind den Kindergarten? Ja, ab welchem Alter: \_\_\_\_\_ Jahre

Nein, weil: \_\_\_\_\_

Besuchte ihn nur kurze Zeit/wechselte ihn, weil: \_\_\_\_\_

- Ging das Kind regelmäßig in die Krippe/den Kindergarten?

Ja  Nein, weil: \_\_\_\_\_

- Ging das Kind gerne in die Krippe/den Kindergarten?

Ja  Nein, weil: \_\_\_\_\_

- Traten während der Krippen-/Kindergartenzeit Schwierigkeiten auf?

Nein  Ja, welche und wann: \_\_\_\_\_

- In welchem Alter erfolgte die Einschulung des Kindes? \_\_\_\_\_ Jahre

- Wie verlief der Schulbesuch des Kindes?

- Eine Klasse übersprungen, welche: \_\_\_\_\_ - Eine Klasse wiederholt, welche: \_\_\_\_\_

- Schul(form)wechsel (außer Grundschule auf weiterführende Schule):

Von \_\_\_\_\_ auf \_\_\_\_\_ im Jahr \_\_\_\_\_

weil: \_\_\_\_\_

- Traten Schulschwierigkeiten auf? (starke Ängste, aggressiv-störendes Verhalten, stark abfallende Noten, Konzentrationsprobleme etc.)

Nein  Ja, welche: \_\_\_\_\_

- Traten berufliche Schwierigkeiten auf? (Abbruch der Lehre/des Studiums, Arbeitsplatzwechsel etc.)

Nein  Ja, welche: \_\_\_\_\_

### **Freizeitverhalten**

- Trifft Ihr Kind Freund:innen außerhalb von Schule/Kindergarten?    Nein     Ja

- Welche Hobbies hat Ihr Kind? Welchen Verein o. ä. besucht es? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- Welche regelmäßigen Pflichten hat Ihr Kind im Haushalt/wo hilft es mit? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- Raucht Ihr Kind Zigaretten?

Nein     Weiß ich nicht     Ja, wieviel: \_\_\_\_\_

- Trinkt Ihr Kind Alkohol?

Nein     Weiß ich nicht     Ja, was und wie oft: \_\_\_\_\_

- Nimmt Ihr Kind Drogen?

Nein     Weiß ich nicht     Ja, was und wie oft: \_\_\_\_\_

- Hat Ihr Kind ein eigenes Kinderzimmer?

Ja     Nein, das Zimmer wird mit folgenden Personen geteilt: \_\_\_\_\_

### **Familienanamnese**

- Alter & Geschlecht der Eltern: Elternteil A: \_\_\_\_\_ Jahre, Geschlecht (weibl./männl./divers/unbestimmt)  
Elternteil B: \_\_\_\_\_ Jahre, Geschlecht (weibl./männl./divers/unbestimmt)

- Bestehen oder bestanden bei den Eltern ernsthafte körperliche Erkrankungen?

Nein     Ja, bei wem, welche und wann: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- Sind psychiatrische oder neurologische Auffälligkeiten in der Familie bekannt (Depressionen, Migräne, Zwänge, Ängste, Sucht, Suizid etc.)?

Nein     Ja, bei wem, welche und wann: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- Spielt in Ihrer Familie Glaube/Religion eine wichtige Rolle?    Ja     Nein

- Ist Elternteil A berufstätig?    Nein     Vollzeit     Teilzeit     Schichtdienst ja

Tätigkeit als: \_\_\_\_\_ Falls abweichend, Berufs-/Studienabschluss: \_\_\_\_\_

- Wie würden Sie den Erziehungsstil von Elternteil A beschreiben? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- Wie würden Sie das Verhältnis zwischen dem Kind und Elternteil A beschreiben? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- Ist Elternteil B berufstätig?    Nein     Vollzeit     Teilzeit     Schichtdienst ja

Tätigkeit als: \_\_\_\_\_ Falls abweichend, Berufs-/Studienabschluss: \_\_\_\_\_

• Wie würden Sie den Erziehungsstil von Elternteil B beschreiben? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

• Wie würden Sie das Verhältnis zwischen dem Kind und Elternteil B beschreiben? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

• Sind die Eltern getrennt oder geschieden? Nein

Ja, getrennt seit \_\_\_\_\_ Geschieden seit \_\_\_\_\_

Wie ist das Verhältnis der getrennten Eltern zueinander?

\_\_\_\_\_

Wie oft besteht Kontakt des Kindes zum getrennt lebenden Elternteil?

\_\_\_\_\_

Haben die Eltern neue Partner:innen? Elternteil A ja

Elternteil B ja

Wie versteht sich das Kind mit den neuen Partner:innen? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

• Hat das Kind Geschwister? Nein

Geschlecht (w/m/d/u) Alter \_\_\_\_\_ Jahre ggf. Schulform \_\_\_\_\_ Klasse \_\_\_\_\_

Geschlecht (w/m/d/u) Alter \_\_\_\_\_ Jahre Schulform \_\_\_\_\_ Klasse \_\_\_\_\_

Geschlecht (w/m/d/u) Alter \_\_\_\_\_ Jahre Schulform \_\_\_\_\_ Klasse \_\_\_\_\_

• Gibt es Rivalität oder bestimmte Spannungen zwischen den Geschwistern?

Nein  Ja, welche: \_\_\_\_\_

• Bestanden oder bestehen Erziehungsschwierigkeiten, andere Auffälligkeiten oder besondere Erkrankungen bei den Geschwistern? Nein

Ja, welche: \_\_\_\_\_

• Welche Ereignisse oder Umstände haben in Ihren Augen zur Entwicklung der Symptomatik beigetragen?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

• Gibt es etwas Weiteres, das Ihnen wichtig zu erwähnen scheint?

Ja: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Einverständnis der Sorgeberechtigten zur psychotherapeutischen Sprechstunde, probatorischen Phase und psychotherapeutischen Behandlung**

**Betrifft:** \_\_\_\_\_  
Name, Vorname Patient:in geboren am

Das Sorgerecht liegt bei  beiden Elternteilen  Sorgeberechtigte Person A  Sorgeberechtigte Person B  
 bei einer anderen Person, nämlich: \_\_\_\_\_

Es ist gesetzlich festgelegt, dass für alle ärztlichen und psychotherapeutischen Untersuchungen und Behandlungen grundsätzlich das Einverständnis aller Sorgeberechtigten erforderlich ist.

Ich bin damit einverstanden, dass mein Kind psychotherapeutische Sprechstunden, probatorische Sitzungen und, falls die Indikation dafür vorliegt, psychotherapeutische Sitzungen bei der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin Frau Caroline Wieczorek besucht. Im Rahmen dessen dürfen diagnostische Verfahren (Interviews, Fragebögen, Leistungstests u. ä.) durchgeführt werden. Ich kann diese Einverständniserklärung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft schriftlich widerrufen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum Name **und** Unterschrift Sorgeberechtigte Person A

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum Name **und** Unterschrift Sorgeberechtigte Person B

**Einverständniserklärung zur Kontaktaufnahme per Anruf, Email, sms**

Beim Schreiben von Nachrichten via Email oder sms kann nicht komplett ausgeschlossen werden, dass die gesendeten Informationen nicht in die Hände Dritter gelangen.

Ich habe dies verstanden, bin mir des Risikos bewusst und erkläre mich damit einverstanden, durch die oben genannte Praxis via Email und/oder sms kontaktiert zu werden. Auch bin ich mit einer telefonischen Kontaktaufnahme einverstanden. Ich kann diese Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft schriftlich widerrufen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum Unterschrift Sorgeberechtigte Person A

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum Unterschrift Sorgeberechtigte Person B

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum Unterschrift Patient:in ab 14 Jahren

**Schweigepflichtsentbindung**

Betrifft: \_\_\_\_\_  
Name, Vorname Patient:in geboren am \_\_\_\_\_

Im Rahmen der psychotherapeutischen Behandlung entbinde/n ich/wir

\_\_\_\_\_ und \_\_\_\_\_  
Sorgeberechtigte Person A Sorgeberechtigte Person B

die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin Frau Caroline Wieczorek von ihrer Schweigepflicht gegenüber

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

\_\_\_\_\_  
(Name, Vorname Lebensgefährt\*in, Lehrer\*in, Arzt/Ärztin etc. inkl. Einrichtung)

Umgekehrt entbinde/n ich/wir die oben genannte/n Person/en von ihrer Schweigepflicht und erlaube dieser/diesen die Weitergabe von Informationen und Daten über meine Person bzw. des:der oben genannten Patient:in an die behandelnde Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin Frau Caroline Wieczorek.  
Die Entscheidung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft schriftlich widerrufen werden.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum Unterschrift sorgeberechtigte Person A

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum Unterschrift sorgeberechtigte Person B

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum Unterschrift Pat. ab 14 Jahren

**Ausfallhonorar**

Kann ein Termin nicht wahrgenommen werden, muss er spätestens **48 Stunden** vorher abgesagt werden. Anderenfalls ist ein Ausfallhonorar in Höhe von **50,- €** zu entrichten. Dies gilt unabhängig davon, ob Sie den Grund für die verspätete Absage selbst verschuldet haben oder nicht.

Sie können diese Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft schriftlich widerrufen.

Salvatorische Klausel

Sollte eine der aufgeführten Vereinbarungen aufgrund der aktuellen Gesetzeslage ganz oder teilweise unwirksam sein, so tritt an Stelle der unwirksamen Vereinbarung eine solche, die dem aktuellen Gesetz inhaltlich am meisten entspricht.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum Unterschrift Sorgeberechtigte Person A

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum Unterschrift Sorgeberechtigte Person B

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum Unterschrift Patient:in ab 18 Jahren

## **Patienteninformation zum Datenschutz**

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird hier auf die gendergerechte Sprache verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten für alle Geschlechter (w/m/d/u).

Der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns wichtig. Nach der EU-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**

*Praxis für Psychotherapie - Caroline Wieczorek  
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin (Verhaltenstherapie)  
Brunnenstr. 3 - 97222 Rimpfing  
Tel: 0176 - 2555 2897*

### **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, Therapievorschlüsse 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:

Der Landesbeauftragte für den Datenschutz  
Prof. Dr. Thomas Petri, Postfach 22 12 19, 80502 München

### **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.



**Patient:innenaufklärung** - wird vor Beginn einer Psychotherapie besprochen -

In den meisten Fällen profitieren Patient:innen von einer ambulanten Psychotherapie. Jedoch bleibt ein Restrisiko, dass Psychotherapie nicht nur hilfreich, sondern auch ungünstige Auswirkungen auf das Wohlbefinden und die Lebensumstände haben kann.

**Mögliche Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie:**

- Die Inanspruchnahme einer Psychotherapie ist nicht mit einem Erfolgsversprechen verknüpft. Es kann im Gegenteil in Einzelfällen auch zu empfundenen Misserfolgen führen.
- Psychotherapie kann als zeitliche Belastung empfunden werden.
- Der mögliche Eingriff in die bisherige Lebensweise und in das individuelle Beziehungsgefüge kann (vorübergehend) als belastend empfunden werden.
- Es kann (vorübergehend) zu einer Symptomverschlechterung kommen (wenn in den ersten 30 Stunden keine Verbesserung eingetreten ist, sollte spätestens dann über die Weiterführung und alternative Behandlungsmethoden gesprochen werden) oder zu einer Stagnierung der Symptome.
- Es können Phasen von Selbstzweifel und/oder Selbstüberschätzung eintreten.
- Zwischenmenschliche Beziehungen (Partnerschaft, Freundschaften, Familie) können sich verbessern oder verschlechtern.
- Berufliche bzw. schulische Veränderungen in positiver und negativer Weise können auftreten.
- In Folge der Psychotherapie können Konflikte in der Beziehung zum:zur Psychotherapeut:in entstehen. Eine persönliche Beziehung zum:zur Psychotherapeut:in ist ausgeschlossen; die psychotherapeutische Beziehung ist eine professionelle, bezahlte Arbeitsbeziehung und keine private/freundschaftliche Beziehung.
- Medikamente können auf die Psychotherapie Einfluss haben (Medikamenteneinnahme und -veränderungen bitte unbedingt mitteilen)
- Ebenso können gleichzeitig stattfindende weitere Therapien oder psychosoziale Beratungen Einfluss auf die Psychotherapie haben (Weitere therapeutische und beratende Behandlungen bitte mitteilen)

**Außerdem wurde ich über Folgendes aufgeklärt:**

- Diagnose und Indikation für die Psychotherapie
- Ziel und Zweck der Psychotherapie
- die zur Anwendung gelangende psychotherapeutische Methode (Verhaltenstherapie und individuell geplante Methoden, Behandlungsplan)
- Erfolgswahrscheinlichkeit
- Frequenz und Dauer der Sitzungen
- ungefähre Dauer der Behandlung
- mögliche Settings (innerhalb der Praxis oder per Video und ggf. auch außerhalb zur Konfrontation)
- Dokumentation und Aufbewahrung von Testunterlagen, Berichten, schriftlichen Gesprächsaufzeichnungen u. ä.
- Mitarbeit ist notwendig, auch in Form von durch den:die Patient:in und bei Minderjährigen auch von den Eltern durchzuführende therapeutischen Aufgaben
- Kostenübernahme durch die Krankenkasse nach Antragstellung bei der Krankenkasse und ggf. einem:einer Gutachter:in
- Psychotherapie muss häufig noch Jahre später angegeben werden bei manchen Kranken-, Berufsunfähigkeits- und anderen Versicherungen, bei Verbeamtung, manchen Berufsgruppen etc. und kann zu Ablehnung, erhöhten Beiträgen u. a. Nachteilen führen
- Ausfallhonorarregelung (Termin bis 48 h vorab absagen)
- Urlaubsregelung: Keine Vertretung. Im Bedarfsfall Kassenärztlicher Bereitschaftsdienst Tel. 116117 oder Vorstellung in einer Klinik (siehe Homepage unter „Notfall“)

