

vfkv Ausbildungsinstitut München | Lindwurmstraße 117 | D 80337 München

**persönlich/vertraulich**

## Ihre Anfrage nach Psychotherapie

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, liebe/r Sorgeberechtigte/r,

wir freuen uns über Ihr Interesse an und Ihre Anfrage nach einem Psychotherapieplatz für Ihr Kind / Ihre/n Jugendliche/n in unserer Verhaltenstherapeutischen Institutsambulanz der vfkv gGmbH.

Vor der Vereinbarung eines ersten, persönlichen Gesprächs ist bereits Ihre aktive Mitarbeit erforderlich. Bitte lesen Sie daher die folgenden Unterlagen sorgfältig durch.

**Folgende, beiliegende Anmeldeunterlagen senden Sie bitte ausgefüllt per Post an uns zurück:**

- *Anmeldebogen (inkl. Beschwerdeschilderung)*
- *PVS- Abrechnungserklärung*
- *Kenntnisnahme Informationen & Rahmenbedingungen*
- *Schweigepflichtentbindung vfkv gGmbH*
- *Berichtspflicht*

**Legen Sie ferner bitte die letzten Schulzeugnisse sowie ggfs. Arztberichte von eventuell früheren Behandlungen bei.** Verwenden Sie hier bitte Kopien, da ggfs. Ihre Unterlagen bei Nichtaufnahme vernichtet werden. **Bitte nutzen Sie zur Anforderung der Arztbriefe die beiliegende „Schweigepflichtentbindung Befunde“.**

Bitte beachten Sie: Bei unvollständigen Angaben oder bei verspätetem Nachreichen von Befunden kann es zu Verzögerungen im Anmeldeprozess kommen. Sobald Ihre Unterlagen fachlich gesichtet sind, werden wir Sie erneut kontaktieren. Vielen Dank.

Bitte beachten Sie, dass die Verhaltenstherapeutische Institutsambulanz der vfkv gGmbH **nicht** die Möglichkeit zur Krisenintervention bietet. Wenden Sie sich daher in dringenden Notfällen an das Heckscher Klinikum, Deisenhofener Straße 28, 81539 München, Tel. 089 9999-0 (im Notfall, 24h besetzt) oder an die Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Ludwig-Maximilians-Universität München, Nussbaumstraße 7, Tel. 089 5160-5931. Zudem können Sie sich auch bei der Kassenärztlichen Vereinigung Bayern ([www.kvb.de](http://www.kvb.de), 0921 787 76 54 04 10) nach Psychotherapeuten sowie freien Psychotherapieplätzen erkundigen.

Mit freundlichen Grüßen

Sekretariat Verhaltenstherapeutische Institutsambulanz der vfkv gGmbH

vfkv Ausbildungsinstitut München gGmbH  
Lindwurmstr. 117 / 4. und 5. Stock  
80337 München

✓ Kontakt Ausbildung  
Tel. 089-452 41 66-0  
Fax 089-452 41 66-40  
[aim@vfkv.de](mailto:aim@vfkv.de)  
[www.vfkv.de](http://www.vfkv.de)

✓ Kontakt Ambulanz  
Tel. 089-452 41 66-50  
Fax 089-452 41 66-40  
[ambulanz@vfkv.de](mailto:ambulanz@vfkv.de)  
[www.vfkv.de](http://www.vfkv.de)

✓ Bankverbindung  
Bank für Sozialwirtschaft  
IBAN DE46 7002 0500 0008 8132 00  
BIC BFSWDE33MUE

Amtsgesicht München HRB 222 413  
Geschäftsführerin: Barbara Weltin  
St.-Nr. 143/237/84702

## Informationen und Rahmenbedingungen der Verhaltenstherapeutischen Institutsambulanz

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, liebe/r Sorgeberechtigte/r,

bevor Sie sich im Rahmen unserer Verhaltenstherapeutischen Institutsambulanz für eine Therapie entscheiden, möchten wir Sie noch auf einige Besonderheiten und Rahmenbedingungen hinweisen. Diese benötigen wir unterschrieben zurück als Voraussetzung für Ihre Anmeldung in unserer Institutsambulanz.

Psychotherapie unter Supervision: Die Therapeuten unserer Institutsambulanz sind Diplom-Psychologen, Diplom-Sozialpädagogen, Diplom-Pädagogen oder Magister-Pädagogen, die sich in einer verhaltenstherapeutischen Weiterbildung befinden. Deshalb findet regelmäßig Supervision statt, d.h. ein erfahrener Therapeut bespricht mit dem behandelnden Therapeuten den Fortgang Ihrer Therapie und gemeinsam wird über den besten Weg, Ihnen bzw. Ihrem Kind / Ihrem/r Jugendlichen/r zu helfen, beraten. Den Supervisor Ihres Therapeuten werden Sie innerhalb der ersten Therapiestunden persönlich kennen lernen.

Zur Supervision gehört ebenfalls die regelmäßige Auswertung von Videobändern. Das Band wird nach Beendigung der Therapie vernichtet. Im Übrigen unterliegen sowohl der Supervisor, als auch Ihr Therapeut natürlich der ärztlichen Schweigepflicht. Zuletzt sei noch erwähnt, dass Supervision auch für erfahrene Therapeuten notwendig ist und ein wesentliches Qualitätsmerkmal unserer Arbeit darstellt.

Ablauf der Behandlung: Vor Beginn der „eigentlichen“ Psychotherapie finden bis zu 5 sogenannte probatorische Sitzungen statt. Man könnte auch „Probessitzungen“ sagen. In der ersten probatorischen Sitzung findet das Vorgespräch mit der psychotherapeutischen Ambulanzleitung statt, an dem unter Umständen ein Therapeut in Ausbildung beisitzt. Sollten Sie mit dem Beisitz auf keinen Fall einverstanden sein, so vermerken Sie dies bitte in Ihren Anmeldeunterlagen. Die weiteren probatorischen Sitzungen finden dann mit Ihrem Therapeuten in Ausbildung statt. Ziel der Probatorik ist, dass sich zum einen der Therapeut ein Bild über Beschwerden, Probleme, deren mögliche Entstehungsgeschichte, die familiäre Situation und die persönliche Lebenssituation Ihres Kindes macht, um zu entscheiden, welche therapeutischen Schritte denkbar sind und ob eine erfolgversprechende Zusammenarbeit zu erwarten ist. Zum anderen können Sie und Ihr Kind Ihre Therapieentscheidung und später Ihre Therapeutenwahl überprüfen. Die probatorischen Sitzungen dienen somit dem gegenseitigen Kennenlernen, der klinischen Diagnostik, der Indikationsstellung und der gemeinsamen Definition von Therapiezielen und -planung.

Eine psychotherapeutische Sitzung dauert 50 Minuten und findet in der Regel wöchentlich statt. Für eine erfolgversprechende Behandlung ist mitunter auch eine sehr zeitaufwendige Mitarbeit der Patienten zwischen den einzelnen Sitzungen unbedingt erforderlich. Im Rahmen der Therapie kann es sinnvoll sein, Übungen auch außerhalb des Therapieraumes durchzuführen z.B. im

Rahmen eines Selbstsicherheitstrainings in Alltagssituationen. Der maximale zeitliche Umfang der zu beantragenden Therapie hängt von der Indikation, Behandlungszielen sowie gewissen, vorgegebenen Obergrenzen der Krankenkassen ab.

Schweigepflicht: Es ist selbstverständlich, dass Institutsambulanz und Ihr Therapeut unter der gesetzlichen Schweigepflicht stehen. Eine Kommunikation mit beispielsweise zuvor und/oder aktuell behandelnden Ärzten und anderen Dritten ist nur mit Ihrer ausdrücklichen Zustimmung möglich und, wenn Sie eine Entbindung von der Schweigepflicht geben – außer in ganz speziellen Ausnahmefällen von Gefährdung für Sie oder Dritte.

Konsiliarbericht: Vor Therapiebeginn ist die Einholung eines sogenannten Konsiliarberichtes vorgeschrieben. Hier soll ein Fach-/Arzt Ihrer Wahl erklären, dass keine Ursachen, die eine rein körperliche Behandlung erforderlich machen würden, Grund für die Therapie sind bzw. eine Therapie ausschließen. Eine Kopie dieses Konsiliarberichtes ist dem Antrag an die Krankenkasse, welche die Kosten übernimmt, beizufügen. Weiteres erfahren Sie auch im persönlichen Gespräch.

Kosten: Bei gesetzlich Versicherten werden die Kosten für probatorische Sitzungen von der gesetzlichen Krankenkasse direkt übernommen. Für die weiteren psychotherapeutischen Sitzungen ist bei gegebener Indikation ein Antragsverfahren notwendig, welches Ihr Therapeut mit Ihnen gemeinsam durchführen wird. Näheres erfahren Sie auch im persönlichen Gespräch. Sie verpflichten sich, den Wechsel der Krankenkasse sofort mitzuteilen.

Ausfallhonorar: Die Zeit für Ihre psychotherapeutische Sitzung wird für Ihr Kind / Ihre/n Jugendliche/n bzw. für Sie reserviert. Sollte Ihr Kind / Ihr/e Jugendliche/r bzw. Sie einen vereinbarten Termin nicht wahrnehmen können, sagen Sie Ihn bitte baldmöglichst ab – spätestens jedoch 48 h vorher. Im Falle einer kurzfristig eingetretenen Erkrankung ihres Kindes /Jugendlichen am Tag des Termins, sagen Sie den Termin spätestens am Morgen des Termins telefonisch (Anrufbeantworter/persönlich) oder schriftlich (E-Mail, Fax) ab. Ansonsten müssen wir ein Ausfallhonorar in Höhe des jeweiligen Kassensatzes der vereinbarten Sitzung erheben. Das Ausfallhonorar kann nicht durch die Krankenkasse erstattet werden.

Therapieabbruch: Sollte Ihr Kind / Ihr/e Jugendliche/r bzw. Sie zweimal unentschuldigt fehlen, wird die Therapie beendet. Sollte Ihr Kind / Ihr/e Jugendliche/r bzw. Sie eine begonnene Behandlung vorzeitig beenden wollen, so besprechen Sie dies bitte mit Ihrem Therapeuten in der nächsten Sitzung.

## Kennntnisnahme Informationen und Rahmenbedingungen

Ich habe die 2-seitigen Informationen und Rahmenbedingungen der Verhaltenstherapeutischen Institutsambulanz der vfkv gGmbH gelesen und erkenne sie mit meiner Unterschrift an:

.....  
Ort, Datum, Unterschrift der Patientin/ des Patienten (ab einem Alter von 14 Jahren)  
und Unterschrift aller Sorgeberechtigten

*Falls Sie hierzu noch Fragen haben, wenden Sie sich bitte an die Ambulanzleitung bzw. später an Ihren Therapeuten.*

gez. Dipl.-Psych. Anette Fahle

Psychologische Psychotherapeutin und Kinder- & Jugendlichen-Psychotherapeutin

Leitung Kinder- & Jugendambulanz in der Verhaltenstherapeutischen Institutsambulanz der vfkv gGmbH

---

## Schweigepflichtentbindung der vfkv gGmbH

**Patient:** ..... **Geboren am:** .....

Name, Vorname

Ich entbinde hiermit die Verhaltenstherapeutische Institutsambulanz der vfkv gGmbH sowie Ambulanzleitung und SupervisorIn von der Schweigepflicht untereinander und erlaube die Einsicht und Bearbeitung meiner Daten zu administrativen, organisatorischen undbehandlungsvorbereitenden Zwecken.

.....  
Ort, Datum, Unterschrift der Patientin/ des Patienten (ab einem Alter von 14 Jahren) und Unterschrift aller Sorgeberechtigten

**Anmeldebogen Kinder / Jugendliche (bitte ausfüllen)**

Verhaltenstherapeutische Institutsambulanz der vfkv gGmbH

**Kind / Jugendliche/r, das/der/die in Behandlung kommt:**

.....  
 Name, Vorname geboren am Geburtsort

...das Kind besucht den Kindergarten

...das Kind / der/die Jugendliche besucht den Schultyp ..... in der .... Klasse

Geschwister:

.....  
 Name und Alter

**Sorgeberechtigte/r des Kindes / des/der Jugendlichen:**

..... ( ja ) ( nein )  
 Name, Vorname geboren am lebt mit Kind / Jugendlichen/r zusammen

..... ( ja ) ( nein )  
 Name, Vorname geboren am lebt mit Kind / Jugendlichen/r zusammen

**Anschrift:** .....  
 Straße, Hausnummer, PLZ, Ort

**Telefon:** .....  
 Festnetz

.....  
 Handy

Kontaktaufnahme per SMS erlaubt?  ja  nein

Anrufbeantworter besprechen erlaubt?  ja  nein  
 (im Falle telefonischer Nicht-Erreichbarkeit)

email:.....  
 (bitte nur ausfüllen, wenn Sie mit einer Kontaktaufnahme einverstanden sind)

Beruf der Mutter: ..... ( ) Vollzeit / ( ) Teilzeit

Beruf des Vaters: ..... ( ) Vollzeit / ( ) Teilzeit

Das Kind / der/die Jugendliche lebt nicht bei den Eltern, sondern bei:

.....

**Krankenkasse:** .....  
Name

**Geschäftsstelle:** .....  
Adresse

**Überwiesen / Empfohlen von:**

.....  
Arzt, Beratungsstelle usw.

Adresse und Tel.:.....

**Derzeitiger Therapieanlass/Beschwerden** (hier in Stichworten; bitte schildern Sie Ihren Therapieanlass auf den folgenden Seiten ausführlich):

.....  
.....

**Ist Ihnen eine Diagnose bekannt? ( ) nein ( ) ja und falls ja, welche:**

.....

**Medikamente (jeglicher Art, seit wann und in welcher Dosierung):**

.....

**Körperliche Erkrankungen / Allergien:**

.....

**Sonstiges**

.....



5.) Befand sich Ihr Kind / Ihr/e Jugendliche/r bereits in psychotherapeutischer Behandlung?

ja  nein

Falls ja:  ambulant

Verhaltenstherapie

Psychoanalyse

tiefenpsychologisch orientiert

Grund: .....

Zeitraum (von bis): .....

Sitzungsanzahl: .....

Oder:  stationär

psychiatrisch

rehabilitativ

psychosomatisch

Grund: .....

Zeitraum (von bis): .....

Klinik .....

Bitte legen Sie die Entlassberichte zumindest der letzten zwei Jahre bei.

6.) Befindet/befand sich Ihr Kind / Ihr/e Jugendliche/r bereits in ärztlich psychiatrischer Behandlung?

ja  nein

Falls ja:  ambulant

oder

stationär

Grund: .....

Zeitraum (von bis/ seit wann):.....

Klinik/Behandler.....

Bitte legen Sie die Entlassberichte zumindest der letzten zwei Jahre bei.

7.) Terminliche Präferenzen Ihrerseits versuchen wir zu berücksichtigen; eine Zusage, Ihnen zur gewünschten Zeit einen Therapieplatz anzubieten, ist leider nicht möglich.

Hier können Sie angeben, wann es Ihnen definitiv **nicht** möglich ist, Termine wahrzunehmen.



**Patient:** ..... **Geboren am:** .....

Name, Vorname

## Berichtspflicht

**zur Übermittlung eines Berichts über die laufende Psychotherapie (zu Beginn und am Ende einer Psychotherapie) an den Haus-/Kinderarzt und ggf. den Facharzt, gemäß § 73 Abs. 1b SGB V**

Laut EBM (Gebührenordnung für die Abrechnung) ist der Therapeut Ihres Kindes gesetzlich verpflichtet, dem Haus-/Kinderarzt unaufgefordert einen Befundbericht zu übermitteln. Hierzu bedarf es keiner ausdrücklichen Schweigepflichtentbindung Ihrerseits, sondern es besteht für den Therapeuten eine gesetzliche Offenbarungspflicht. Allerdings können Sie den Therapeuten von dieser Offenbarungspflicht entbinden, falls dies Ihr Wunsch ist. Dieselben Regelungen treffen für einen obligatorischen Bericht an den Facharzt zu, falls Ihr Kind von einem Facharzt zur Psychotherapie überwiesen wurde.

**Wir bitten Sie, mit Ihrer Unterschrift folgendes zu bestätigen:**

Ich wünsche ausdrücklich die Übermittlung eines Berichts über die laufende Psychotherapie meines Kindes zu Beginn und Ende der Therapie (mindestens einmal jährlich). Der Bericht enthält Angaben zur Diagnose und zur Art der durchgeführten Therapie.

Der Bericht soll unserem Haus-/Kinderarzt zugeschickt werden:

Name des Haus-/Kinderarztes: .....

Anschrift: .....

und an den überweisenden Facharzt :

Name des Facharztes: .....

Anschrift: .....

Ich wünsche ausdrücklich keine Übermittlung eines Berichts zur Psychotherapie meines Kindes an den Haus-/Kinderarzt oder überweisenden Facharzt.

Wir haben keinen Haus-/Kinderarzt.

Diese Vereinbarung gilt für die gesamte Dauer der Behandlung meines Kindes und kann jederzeit widerrufen oder geändert werden.

.....

Ort, Datum, Unterschrift der Patientin/ des Patienten (ab einem Alter von 14 Jahren) und Unterschrift aller Sorgeberechtigten

Stempel vfkv gGmbH

Patienten-Name:

.....

**PVS-Abrechnungserklärung**  
Einwilligungserklärung /  
Schweigepflichtentbindungserklärung

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

um uns von dem steigenden Verwaltungsaufwand zu entlasten, haben wir **die Abrechnung unserer Leistungen mit den Krankenkassen der PVS pria GmbH, Remscheider Str. 16, 45481 Mülheim**, übertragen. Zur Erfüllung ihrer Aufgaben schaltet die PVS pria GmbH das mit ihr verbundene Unternehmen PVS holding GmbH<sup>1</sup> ein. Alle Mitarbeiter dieser Unternehmen unterliegen den Bestimmungen der Schweigepflicht und des Datenschutzes mit gleicher gesetzlicher Bindungswirkung wie wir selbst.

**Wir bitten Sie, uns durch Ihre Unterschrift Ihre Einwilligung zur Übermittlung der zur Abrechnung unserer Leistungen notwendigen persönlichen Behandlungsdaten<sup>2</sup> an die oben genannten PVS-Unternehmen zu erteilen.** Ihre Angaben werden nach der Datenverarbeitung natürlich gelöscht.

Unsere Leistungen sind natürlich nicht von dieser Einwilligung<sup>3</sup>.

Mit freundlichem Gruß  
Ihre Ambulanzleitung

Hiermit erteile ich meine Einwilligung und entbinde insoweit meine behandelnden Psychotherapeuten und ihre berufsmäßigen Gehilfen zugleich von der Schweigepflicht.

.....

Datum, Unterschrift Patient/in  
Bei minderjährigen Patienten: Unterschrift aller Sorgeberechtigten

<sup>1</sup> Die PVS holding GmbH ist die Muttergesellschaft der PVS pria GmbH. Die PSV holding GmbH wickelt im Auftrag der PVS pria GmbH sämtliche mit der Erstellung und Bezahlung der Rechnungen in Verbindung stehenden buchhalterischen Vorgänge ab. Zudem übernimmt die PVS holding GmbH im Auftrag der PVS pria GmbH die Wartung und Pflege der EDV-Infrastruktur sowie den Druck und Versand der Rechnungen und der Kundendokumentation.

<sup>2</sup> Anschrift, Geburtsdatum, Kostenträger, evtl. Tarife, Behandlungstage, erbrachte Leistungen nach der Gebührenordnung, dazugehörige Diagnosen

<sup>3</sup> Sie können einzelne Behandlungen von dieser Erklärung ausnehmen oder die Erklärung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Dann wird die Abrechnung vom vfkv selbst vorgenommen.

## Schweigepflichtentbindung Befunde für Kinder und Jugendliche

Name des Kindes/Jugendlichen: .....  
Name Vorname

geb. am ....., wh. ....  
Straße

.....  
Ort

Wir/Ich entbinden/entbinde hiermit die/den behandelnde/n Ärztin/Arzt:

Frau/Herrn .....

von der ärztlichen Schweigepflicht und bin damit einverstanden, dass Behandlungsberichte und Befunde mindestens der letzten 2 Jahre – stationär sowie ambulant – an die Verhaltenstherapeutische Institutsambulanz der vfkv gGmbH (Verein zur Förderung der klinischen Verhaltenstherapie) zum Zweck der Therapievorbereitung ausgehändigt werden.

.....  
 Ort, Datum, Unterschrift der Patientin/ des Patienten (ab einem Alter von 14 Jahren) und Unterschrift aller Sorgeberechtigten

**gez. Dipl.-Psych. Anette Fahle**  
**Psychologische Psychotherapeutin und Kinder- & Jugendlichen-Psychotherapeutin**  
**Leitung der Kinder- & Jugendambulanz in der Verhaltenstherapeutischen Institutsambulanz der vfkv gGmbH**

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, liebe/r Sorgeberechtigte/r,  
 diese Schweigepflichtentbindung können Sie nutzen, um die notwendigen Behandlungsunterlagen und Befunde von Ihren behandelnden Ärzten einzuholen. Diese Unterlagen können von den Ärzten auch direkt an unsere Institutsambulanz geschickt werden, oder aber Sie schicken diese persönlich an uns. Bitte beachten Sie: je eher die Unterlagen bei uns vorliegen, desto schneller können wir Ihnen auch einen Gesprächstermin vorschlagen.

Mit freundlichen Grüßen  
 Verhaltenstherapeutische Institutsambulanz der vfkv gGmbH

**\*Hinweis:** Diese Schweigepflichtentbindung können Sie sich kopieren und ggf. für mehrere Ärzte oder Kliniken verwenden.