



Trier, 03.12.2024

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir bedanken uns für die Anmeldung Ihres Kindes in der Psychotherapieambulanz für Kinder und Jugendliche der Universität Trier. In unserer Ambulanz bieten wir ambulante Diagnostik und psychotherapeutische Behandlung für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene bis zum 21. Lebensjahr. Zu unserem Behandlungsangebot zählen sowohl Gruppenangebote als auch psychotherapeutische Einzelbehandlung.

Wenn Sie Ihr Kind bei uns anmelden möchten, senden Sie bitte den Anmeldebogen möglichst vollständig und leserlich ausgefüllt an uns zurück (Psychotherapieambulanz für Kinder und Jugendliche, Universität Trier, Am Wissenschaftspark 25+27, 54296 Trier). Wir rufen Sie innerhalb von zwei Wochen an, um offene Fragen zu klären und Ihre Anmeldung zu bestätigen. Aufgrund der hohen Zahl an Anmeldungen ist anschließend mit einer mehrmonatigen Wartezeit zu rechnen. Sobald wir Ihnen einen Termin für ein Erstgespräch anbieten können, rufen wir Sie wieder an.

Bitte beachten Sie folgende **wichtige Hinweise für die Anmeldung**:

- Eine Anmeldung ist nur für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene möglich, die in der **Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)** versichert sind. Anmeldungen von Privatpatient:innen und Selbstzahler:innen sind nicht möglich.
- Damit wir die Anmeldung bearbeiten können, müssen **beide sorgeberechtigte Personen** der Anmeldung und der anschließenden Diagnostik und Behandlung des Kindes zustimmen und das Formular „Einverständniserklärung der Sorgeberechtigten in die Behandlung“ unterschreiben. Hat eine Person das alleinige Sorgerecht oder die alleinige Gesundheitsfürsorge, kann dies auf dem Anmeldebogen eingetragen werden.
- **Ab dem Alter von 15 Jahren** müssen auch die Jugendlichen selbst der Anmeldung und der anschließenden Diagnostik und Behandlung zustimmen und bei der Anmeldung das Formular „Einverständniserklärung der/des Jugendlichen in die Behandlung“ unterschrieben einreichen. Ab diesem Alter können Jugendliche auch ohne Zustimmung der Sorgeberechtigten eine psychotherapeutische Behandlung in Anspruch nehmen. Die Jugendlichen können den Anmeldebogen dann selbst ausfüllen und Fragen für die Eltern / Sorgeberechtigten auslassen.
- Falls das Kind durch eine andere (nicht sorgeberechtigte) Person (z.B. Betreuer:in einer Wohngruppe, Großeltern) zum Erstgespräch begleitet wird oder eine andere Person in die Behandlung einbezogen werden soll, müssen beide Sorgeberechtigte diese Person(en) auf dem Formular „**Entbindung von der Schweigepflicht**“ eintragen und das Formular unterschreiben. Jugendliche ab 15 Jahren können das Formular „Entbindung von der Schweigepflicht“ selbst unterschreiben.
- Es ist keine Überweisung eines behandelnden Arztes / einer behandelnden Ärztin erforderlich.

Kontaktieren Sie uns gerne, wenn Sie Fragen zur Anmeldung haben! Sie erreichen uns telefonisch unter 0651-201-3655 (Mo – Do: 9:00 – 12:00 und 13:00 – 17:00 Uhr). Gerne können Sie Ihre Fragen auch per E-Mail an [kju-psychotherapie@uni-trier.de](mailto:kju-psychotherapie@uni-trier.de) stellen.

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. Elena von Wirth  
Leitung der Psychotherapieambulanz  
für Kinder und Jugendliche

M.Sc. Silke Kistingner  
Stellvertretende Leitung der Psychotherapieambulanz  
für Kinder und Jugendliche



## Anmeldebogen für Eltern / Sorgeberechtigte / andere Bezugspersonen

### Wer wird angemeldet?

\_\_\_\_\_  
Nachname des Kindes / Jugendlichen

\_\_\_\_\_  
Vorname des Kindes / Jugendlichen

Geburtsdatum \_\_\_\_ \_20\_\_

Geschlecht \_\_\_\_\_

### Adresse des Kindes / Jugendlichen

Straße und Hausnummer \_\_\_\_\_

PLZ Ort \_\_\_\_\_

### Kontaktdaten des Kindes / Jugendlichen

Telefonnummer (Festnetz) \_\_\_\_\_

Handy: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

### Krankenversicherung des Kindes / Jugendlichen

Name der Krankenkasse \_\_\_\_\_

Versicherungsnummer \_\_\_\_\_

### Anmeldegrund

Bitte schildern Sie den Anmeldegrund in Stichworten.



### Angaben zu den Eltern / Sorgeberechtigten

Person 1 (z.B. Mutter)	Person 2 (z.B. Vater)
Name	Name
Vorname	Vorname
Straße und Hausnummer	Straße und Hausnummer
PLZ Ort	PLZ Ort
E-Mail	E-Mail
Telefonnummer	Telefonnummer
Person 1 ist...	Person 2 ist...
sorgeberechtigt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	sorgeberechtigt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
gesundheitsfürsorgeberechtigt <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	gesundheitsfürsorgeberechtigt <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Person 3 (z.B. Wohngruppe / Jugendamt)	
Name	
Vorname	
Straße und Hausnummer	
PLZ Ort	
E-Mail	
Telefonnummer	
Person 3 ist...	
sorgeberechtigt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
gesundheitsfürsorgeberechtigt <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

<sup>1</sup>Die Gesundheitsfürsorge ist ein Teil des Sorgerechts und liegt zumeist bei den leiblichen Eltern. Die Gesundheitsfürsorge kann den Eltern entzogen werden und auf andere Personen übertragen werden. Der Entzug der Gesundheitsfürsorge erfolgt immer durch ein Familiengericht. Wenn es kein Gerichtsurteil gibt, sind die sorgeberechtigten Personen auch gesundheitsfürsorgeberechtigt. Die Personen, die die Gesundheitsfürsorge innehaben, können auf freiwilliger Basis eine andere Person per Vollmacht beauftragen, gewisse Entscheidungen über die Gesundheit des Kindes zu treffen. Dies kann zum Beispiel zutreffen bei Kindern, die bei Pflegeeltern wohnen und deren leibliche Eltern die Gesundheitsfürsorge tragen. Die Vollmacht beschränkt sich oft auf bestimmte Bereiche (z.B. regelmäßige Untersuchungen und Vorsorge, Behandlung bei akuten Erkrankungen). Eine psychotherapeutische Behandlung ist mit einer solchen Vollmacht in der Regel nicht abgedeckt. Daher ist es erforderlich, dass die Inhaber:innen der Gesundheitsfürsorge in die Behandlung einwilligen und das Formular „Einverständniserklärung der Sorgeberechtigten in die Behandlung“ unterschreiben.



**Zu welchen Zeiten können wir Sie telefonisch erreichen?**

	<b>Mo</b>	<b>Di</b>	<b>Mi</b>	<b>Do</b>	<b>Fr</b>
<b>9:00 – 12:00 Uhr</b>	<input type="checkbox"/>				
<b>13:00 – 15:00 Uhr</b>	<input type="checkbox"/>				
<b>15:00 – 17:00 Uhr</b>	<input type="checkbox"/>				

**Unter welcher Telefonnummer können wir Sie zu den angegebenen Zeiten erreichen?**

Person: \_\_\_\_\_ Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Person: \_\_\_\_\_ Telefonnummer: \_\_\_\_\_



## Anmeldebogen für Jugendliche ab 15 Jahren

### Angaben zu deiner Person

Nachname \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_ \_20\_\_

Geschlecht \_\_\_\_\_

### Wo wohnst du?

Straße und Hausnummer \_\_\_\_\_

PLZ Ort \_\_\_\_\_

### Wie können wir dich kontaktieren?

Telefonnummer (Festnetz) \_\_\_\_\_

Handy: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

### Wann können wir dich telefonisch erreichen?

	Mo	Di	Mi	Do	Fr
9:00 – 12:00 Uhr	<input type="checkbox"/>				
13:00 – 15:00 Uhr	<input type="checkbox"/>				
15:00 – 17:00 Uhr	<input type="checkbox"/>				

### Bei welcher Krankenversicherung bist du versichert?

Name der Krankenkasse \_\_\_\_\_

Versicherungsnummer \_\_\_\_\_

### Anmeldegrund

Bitte beschreibe, warum du dich bei uns anmeldest.



### Angaben zu deinen Eltern / Sorgeberechtigten

Person 1 (z.B. Mutter)	Person 2 (z.B. Vater)
Name	Name
Vorname	Vorname
Straße und Hausnummer	Straße und Hausnummer
PLZ Ort	PLZ Ort
E-Mail	E-Mail
Telefonnummer	Telefonnummer
Person 1 ist...	Person 2 ist...
sorgeberechtigt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	sorgeberechtigt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
gesundheitsfürsorgeberechtigt <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	gesundheitsfürsorgeberechtigt <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Bist du damit einverstanden, wenn diese Person darüber informiert wird, dass du dich in der Psychotherapieambulanz angemeldet hast und in die Behandlung einbezogen wird? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Bist du damit einverstanden, wenn diese Person darüber informiert wird, dass du dich in der Psychotherapieambulanz angemeldet hast und in die Behandlung einbezogen wird? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Person 3 (z.B. Wohngruppe / Jugendamt)
Name
Vorname
Straße und Hausnummer
PLZ Ort
E-Mail
Telefonnummer
Person 3 ist...
sorgeberechtigt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
gesundheitsfürsorgeberechtigt <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Bist du damit einverstanden, wenn diese Person darüber informiert wird, dass du dich in der Psychotherapieambulanz angemeldet hast und in die Behandlung einbezogen wird? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

<sup>1</sup>Die Gesundheitsfürsorge ist ein Teil des Sorgerechts und liegt zumeist bei den leiblichen Eltern. Die Gesundheitsfürsorge kann den Eltern entzogen werden und auf andere Personen übertragen werden. Der Entzug der Gesundheitsfürsorge erfolgt immer durch ein Familiengericht. Wenn es kein Gerichtsurteil gibt, sind die sorgeberechtigten Personen auch gesundheitsfürsorgeberechtigt. Die Personen, die die Gesundheitsfürsorge innehaben, können auf freiwilliger Basis eine andere Person per Vollmacht beauftragen, gewisse Entscheidungen über die Gesundheit des Kindes zu treffen. Dies kann zum Beispiel zutreffen bei Kindern, die bei Pflegeeltern wohnen und deren leibliche Eltern die Gesundheitsfürsorge tragen.



## Behandlungsinformation für Eltern und Sorgeberechtigte (V3 vom 03.12.2024)

Liebe Eltern, liebe Sorgeberechtigte,

wir heißen Sie und Ihr Kind ganz herzlich willkommen in der Psychotherapieambulanz für Kinder und Jugendliche der Universität Trier. Sie haben Ihr Kind für eine Psychotherapie angemeldet und wir möchten Ihnen vorab einige Informationen geben sowie Sie um einige Angaben bitten. Bitte lesen Sie die folgenden Seiten aufmerksam durch. Während des Erstgesprächs haben Sie die Möglichkeit, Fragen zum Ablauf und den Inhalten unseres Behandlungsangebots zu stellen.

### Erste Termine und Diagnostik (Probatorik)

Das Erstgespräch dient dazu, einen Überblick über die Beschwerden Ihres Kindes, die Ziele für die Therapie und eventuelle Vorbehandlungen zu bekommen. Die anschließenden Termine (Probatorik) dienen der Diagnostik, die sich aus verschiedenen Fragebögen, Testungen und Interviews zusammensetzt. Nach Zusammentragen dieser Informationen wird im Ambulanzteam entschieden, ob eine Indikation für eine ambulante Psychotherapie bei uns besteht oder ob wir eine andere Behandlungsform (z.B. stationäre Behandlung) empfehlen.

### Behandler:innen

Behandlungen in unserer Psychotherapieambulanz finden sowohl durch approbierte Psychotherapeut:innen als auch durch Psychotherapeut:innen in Ausbildung (PiAs) statt. PiAs sind Psycholog:innen und Pädagog:innen, die über mehrjährige Berufserfahrung verfügen und sich im letzten Abschnitt der Psychotherapieausbildung mit Schwerpunkt Verhaltenstherapie befinden. Sie führen psychotherapeutische Behandlungen unter engmaschiger Supervision durch erfahrene Psychotherapeut:innen durch. Aufgrund unseres universitären Lehrauftrags ermöglichen wir es auch Studierenden im Masterstudiengang „Psychologie mit Schwerpunkt Klinische Psychologie und Psychotherapie“, an therapeutischen Sitzungen aktiv teilzunehmen. Sie haben jederzeit die Möglichkeit, der Teilnahme von Studierenden zu widersprechen, ohne dass Ihnen oder Ihrem Kind hierdurch Nachteile entstehen.

### Zur Abrechnung

Liegt eine Indikation für eine psychotherapeutische Behandlung vor, übernehmen Ersatzkassen und andere gesetzliche Krankenkassen (TK, AOK, IKK, BKK, LKK, usw.) in der Regel die Kosten für die Behandlung. Prinzipiell gesichert ist die Kostenübernahme für die Anfangssitzungen (Probatorik) sowie für unsere Gruppenangebote im Rahmen der Gruppenpsychotherapeutischen Grundversorgung (z.B. ADHS-Elterntermin). Die Genehmigung zur Durchführung einer psychotherapeutischen Einzelbehandlung erfolgt durch die Krankenkassen, nachdem dort ein Antrag gestellt wurde. Genauere Informationen hierzu erhalten Sie von den Behandelnden während der Probatorik. Im Anschluss an die Probatorik können in der Regel zwei Kurzzeittherapien mit jeweils bis zu 15 Sitzungen (12 Sitzungen für Ihr Kind und 3 Sitzungen für Bezugspersonen) beantragt werden. Besteht anschließend weiterer Behandlungsbedarf, kann eine Langzeittherapie mit einer maximalen Behandlungsdauer von 80 Sitzungen betragt werden. Die Anträge an die Krankenkasse werden von Ihnen gemeinsam mit den Behandelnden gestellt.



**Bringen Sie bitte die Versichertenkarte Ihres Kindes zum ersten Termin mit. Eine Überweisung ist nicht erforderlich.**

**Bitte teilen Sie uns spätere Änderungen der Versicherung Ihres Kindes umgehend mit! Bitte beachten Sie, dass die Kosten der Psychotherapie, die nicht der Krankenkasse in Rechnung gestellt werden können (z.B. aufgrund fehlender Information über einen Krankenkassen-Wechsel oder bei nichtbestehendem Versicherungsschutz) Ihnen persönlich in Rechnung gestellt werden.**

### Elektronische Patientenakte (ePA)

Mit dem Patientendaten-Schutz-Gesetz (kurz: PDSG) wurden die gesetzlichen Krankenkassen verpflichtet, ihren Versicherten eine elektronische Patientenakte (ePA) gemäß § 341 SGB V anzubieten. Die Einführung der ePA für alle wird Anfang 2025 in einem gestuften Verfahren erfolgen.

Die Krankenkassen sind verpflichtet, ihre Versicherten über die Funktionsweise der ePA, über die mit ihr speicherbaren Informationen sowie über die Rechte und Ansprüche, die die Versicherten im Zusammenhang mit der Nutzung der ePA haben, ausführlich und umfassend zu informieren. Ärzt:innen und Psychotherapeut:innen sind darüber hinaus verpflichtet, ihre Patient:innen über die Daten, die sie im Rahmen ihrer Befüllungspflichten in der ePA für alle speichern, zu informieren und diese auf ihr Widerspruchsrecht hinzuweisen.

Während des Erstgesprächs erhalten Sie eine gesonderte Patienteninformation zur ePA mit einer ausführlichen Auflistung der Daten, die wir im Rahmen unserer Befüllungspflicht in der ePA speichern müssen. Wir informieren Sie zudem über die Möglichkeit, Widerspruch einzulegen.

### Zu den Terminen und Terminabsagen

Einzelsitzungen dauern in der Regel 50 Minuten und werden zumeist in wöchentlichem Abstand zu festen Terminen vereinbart. Dazu finden je nach Alter des Kindes und Bedarf regelmäßig Bezugspersonengespräche statt. Die Termine sind so gelegt, dass keine Wartezeiten anfallen. Die vereinbarten Zeiten sind ausschließlich für Sie und Ihr Kind reserviert. Im Falle einer kurzfristigen Absage können die Termine nicht durch andere Patient:innen wahrgenommen werden. Eine Absage ist daher nur im Krankheitsfall mit ärztlicher Bescheinigung (**Attest**) oder vorab mit einer **Frist von 48 Stunden** möglich. Wird ein vereinbarter Termin nicht wahrgenommen und die Behandelnde oder der Behandelnde nicht spätestens 48 Stunden vor dem vereinbarten Termin hierüber informiert und besteht auch keine ärztlich bescheinigte Erkrankung, wird ein **Ausfallhonorar** in Rechnung gestellt, das derzeit bei 50 Euro liegt.

Die Gruppenangebote, die wir im Rahmen der Gruppenpsychotherapeutischen Grundversorgung anbieten, dauern 100 Minuten und werden ebenfalls zumeist in wöchentlichem Abstand zu festen Terminen vereinbart. Wir bitten um rechtzeitige Absage, sollten Sie an einem der vereinbarten Termine nicht teilnehmen können.

### Videosprechstunde

Psychotherapeutische Sitzungen können grundsätzlich auch als Videosprechstunde durchgeführt werden, wenn bereits ein persönlicher Erstkontakt zur Eingangsdiagnostik, Indikationsstellung und Aufklärung stattgefunden hat und kein unmittelbarer persönlicher Kontakt mit der Patientin oder dem Patienten aus therapeutischer Sicht erforderlich ist. Damit eine Videosprechstunde auch kurzfristig umgesetzt werden kann (z.B. im Falle einer verhinderten Anreisemöglichkeit), werden wir Sie beim Erstgespräch bitten, die Einverständniserklärung des Videodiensteanbieters „Arztkonsultation“ auszufüllen und zu unterschreiben. Informationen zur Verarbeitung Ihrer Daten bei Videosprechstunden finden Sie auch in unserer Patienteninformation zum Datenschutz.



### Schweigepflichtsentbindung

Eine Zusammenarbeit und ein Informationsaustausch mit den behandelnden Ärzt:innen Ihres Kindes und anderen Personen (z.B. Ergotherapeut:innen, Lehrkräfte, Bezugspersonen aus Wohn- oder Tagesgruppen) ist häufig sinnvoll. Aufgrund der gesetzlichen Schweigepflicht, der Psychotherapeut:innen unterliegen, benötigen wir hierfür Ihr schriftliches Einverständnis. Zudem benötigen wir Ihr schriftliches Einverständnis für den fachlichen Austausch innerhalb des Ambulanzteams einschließlich der in der Ambulanz tätigen Studierenden (Intervision), sowie für die Weitergabe Ihrer Daten an die Universitätsverwaltung im Falle der Forderung von Ausfallhonoraren.

Bitte beachten Sie, dass in der Psychotherapieambulanz für Kinder und Jugendliche der Universität Trier Behandlungen überwiegend durch Psychotherapeut:innen in Ausbildung (PiAs) durchgeführt werden, die nach der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJPsychThAPrV) dazu verpflichtet sind, Behandlungen unter Supervision durchzuführen. Da die Supervisor:innen fallverantwortlich sind und wichtige Dokumente wie z.B. Befundbriefe unterschreiben, ist eine Weitergabe personenbezogener Daten für Supervisionszwecke zwingend erforderlich. Eine Behandlung in unserer Ambulanz ist daher nur möglich, wenn Sie uns Ihr schriftliches Einverständnis zur Weitergabe Ihrer Daten und der Ihres Kindes im Rahmen der Supervision erteilen. Wir bitten Sie daher, uns das Formular „Entbindung von der Schweigepflicht“ ausgefüllt und unterschrieben zuzusenden.

### Zur Therapie: Zeitaufwand, Veränderung

Der Erfolg einer Psychotherapie hängt wesentlich von der Bereitschaft zur Mitarbeit und den zeitlichen Möglichkeiten ab. Eine regelmäßige Teilnahme an den Sitzungen ist eine wichtige Voraussetzung, um die gewünschten Veränderungen zu erreichen. Nicht nur Ihr Kind, auch Sie als Eltern / Sorgeberechtigte müssen Zeit für die Behandlung aufbringen, z.B. indem Sie Ihr Kind zu den Sitzungen begleiten, Elterngespräche wahrnehmen und Ihr Kind bei der Umsetzung der besprochenen Interventionen im Alltag unterstützen. Bitte prüfen Sie vor Therapiebeginn, ob es Ihnen möglich sein wird, während der Behandlungszeit die wöchentlichen Termine regelmäßig und verlässlich einzuhalten. Wir bitten Sie außerdem, Ihre Urlaubspläne rechtzeitig mit der Behandelnden / dem Behandelnden zu besprechen.

Die Therapie besteht jedoch nicht nur aus den Therapiesitzungen: Für die Durchführung von therapeutischen Übungen im Alltag, das Ausfüllen von Fragebögen und Selbstbeobachtungslisten etc. benötigt Ihr Kind während des gesamten Therapieprozesses zusätzliche Zeit! Bitte prüfen Sie vor Therapiebeginn, ob dies Ihrem Kind in seiner gegenwärtigen Lebenssituation möglich sein wird.

Veränderungsprozesse sind manchmal mit schmerzhaften seelischen Prozessen verbunden. Nach den Sitzungen ist Ihr Kind vielleicht nicht immer so belastbar, wie Sie es gewohnt sind. Es ist wichtig für Sie zu wissen, dass insbesondere dann, wenn Ihr Kind in der Behandlung auch belastende Erlebnisse bespricht, dies auch außerhalb der Therapie zu schwierigen Situationen führen kann. Für Ihr Kind und unsere Arbeit ist die Bereitschaft wichtig, solche schmerzhaften Phasen durchzustehen, damit die Therapie erfolgreich gestaltet und beendet werden kann. Bitte besprechen Sie dies auch mit anderen Angehörigen oder dem sozialen Umfeld Ihres Kindes.

### Dokumentation und wissenschaftliche Auswertung

Im Laufe der Therapie werden Ihnen und Ihrem Kind zu Beginn, im Verlauf und zum Ende der Behandlung verschiedene Fragebögen vorgelegt. Diese sind wichtige Instrumente zur Beurteilung der Beschwerden Ihres Kindes, der passenden Behandlung sowie der Fortschritte in der Therapie. In anonymisierter Form werden die Fragebogendaten und weitere Gesundheitsdaten (z.B. Diagnosen, Anzahl



## Psychotherapieambulanz für Kinder und Jugendliche der Universität Trier

Therapiesitzungen) wissenschaftlich ausgewertet. Zusätzlich werden einzelne Therapiesitzungen auf Video aufgezeichnet, sofern Sie darin einwilligen. Die Videoaufzeichnungen werden, soweit sie damit jeweils einverstanden sind, für die Vor- und Nachbereitung der Psychotherapiesitzungen, zur Supervision und Intervision sowie in pseudonymisierter Form zu Forschungszwecken genutzt. Alle personenbezogenen Daten und Patientendokumentationen unterliegen der gesetzlichen Schweigepflicht und den Datenschutzbestimmungen. Über die Datenverarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten bzw. der personenbezogenen Daten Ihres Kindes sowie Ihre Rechte bzw. die Rechte Ihres Kindes werden Sie entsprechend der Art. 13 und 14 der Datenschutz-Grundverordnung in unserer Patienteninformation zum Datenschutz genauer informiert.

Im Erstgespräch nehmen wir uns Zeit, Ihre Fragen zur Behandlung persönlich zu beantworten. Falls Sie darüber hinaus weitere Fragen haben, können Sie sich jederzeit gerne an die Therapeutin oder den Therapeuten Ihres Kindes oder das Ambulanzteam wenden.

---



## Behandlungsinformation für Jugendliche (V3 vom 03.12.2024)

Liebe(r) Jugendliche,

wir heißen dich ganz herzlich willkommen in der Psychotherapieambulanz für Kinder und Jugendliche der Universität Trier. Du hast dich für eine Psychotherapie angemeldet und wir möchten dir vorab einige Informationen geben sowie dich um einige Angaben bitten. Bitte lies die folgenden Seiten aufmerksam durch. Während des Erstgesprächs hast du die Möglichkeit, Fragen zum Ablauf und den Inhalten unseres Behandlungsangebots zu stellen.

### Erste Termine und Diagnostik (Probatorik)

Das Erstgespräch dient dazu, einen Überblick über deine Beschwerden, die Ziele für die Therapie und über eventuelle Vorbehandlungen zu bekommen. Die anschließenden Termine (Probatorik) dienen der Diagnostik, die sich aus verschiedenen Fragebögen, Testungen und Interviews zusammensetzt. Nach der Probatorik wird im Ambulanzteam entschieden, ob wir ein für dich passendes Behandlungsangebot machen können oder ob wir dir eine andere Behandlung empfehlen.

### Behandler:innen

Behandlungen in unserer Psychotherapieambulanz finden sowohl durch approbierte Psychotherapeut:innen als auch durch Psychotherapeut:innen in Ausbildung (PiAs) statt. PiAs sind Psycholog:innen und Pädago:innen, die über mehrjährige Berufserfahrung verfügen und sich im letzten Abschnitt der Psychotherapieausbildung mit Schwerpunkt Verhaltenstherapie befinden. Sie führen psychotherapeutische Behandlungen unter engmaschiger Supervision durch erfahrene Psychotherapeut:innen durch. Aufgrund unseres universitären Lehrauftrags ermöglichen wir es auch Studierenden im Masterstudiengang „Psychologie mit Schwerpunkt Klinische Psychologie und Psychotherapie“, an therapeutischen Sitzungen teilzunehmen. Du hast jederzeit die Möglichkeit, der Teilnahme von Studierenden zu widersprechen, ohne dass dir hierdurch Nachteile entstehen.

### Zur Abrechnung

Wenn du bei einer Ersatzkasse oder einer sonstigen gesetzlichen Krankenkasse (TK, AOK, IKK, KK, LKK, usw.) versichert bist, werden die Kosten für eine Psychotherapie in der Regel von der Krankenkasse übernommen. Prinzipiell gesichert ist die Kostenübernahme für die Anfangssitzungen (Probatorik) sowie für unsere Gruppenangebote im Rahmen der Gruppenpsychotherapeutischen Grundversorgung (z.B. das Gruppenangebot „Unified Protocol für Jugendliche“). Die Genehmigung zur Durchführung einer psychotherapeutischen Einzelbehandlung erfolgt durch die Krankenkassen, nachdem dort ein Antrag gestellt wurde. Genauere Informationen hierzu erhältst du von deiner Behandlerin / deinem Behandler. Im Anschluss an die Probatorik können in der Regel zwei Kurzzeittherapien mit jeweils bis zu 12 Sitzungen für dich und drei weiteren Sitzungen für deine Bezugspersonen beantragt werden. Besteht anschließend weiterer Behandlungsbedarf, kann eine Umwandlung in eine Langzeittherapie mit bis zu 60 Sitzungen beantragt werden, die unter besonderen Umständen nochmals verlängert werden kann. Die Anträge an die Krankenkasse werden von dir gemeinsam mit deiner Behandlerin / deinem Behandler gestellt.

**Bitte denke daran, deine Versichertenkarte zum ersten Termin mitzubringen. Eine Überweisung ist nicht erforderlich. Bitte teile uns jede Änderung deiner Versicherung umgehend mit!**



### Elektronische Patientenakte (ePA)

Mit dem Patientendaten-Schutz-Gesetz (kurz: PDSG) wurden die gesetzlichen Krankenkassen verpflichtet, ihren Versicherten eine elektronische Patientenakte (ePA) gemäß § 341 SGB V anzubieten. Die Einführung der ePA für alle wird Anfang 2025 in einem gestuften Verfahren erfolgen.

Die Krankenkassen sind verpflichtet, ihre Versicherten über die Funktionsweise der ePA, über die mit ihr speicherbaren Informationen sowie über die Rechte und Ansprüche, die die Versicherten im Zusammenhang mit der Nutzung der ePA haben, ausführlich und umfassend zu informieren. Ärzt:innen und Psychotherapeut:innen sind darüber hinaus verpflichtet, ihre Patient:innen über die Daten, die sie im Rahmen ihrer Befüllungspflichten in der ePA für alle speichern, zu informieren und diese auf ihr Widerspruchsrecht hinzuweisen.

Während des Erstgesprächs erhältst Du eine gesonderte Patienteninformation zur ePA mit einer ausführlichen Auflistung der Daten, die wir im Rahmen unserer Befüllungspflicht in der ePA speichern müssen. Wir informieren dich zudem über die Möglichkeit, Widerspruch einzulegen.

### Zu den Terminen und Terminabsagen

Die Sitzungen finden meist wöchentlich statt und dauern in der Regel 50 Minuten. Zusätzlich können Bezugspersonengespräche (z.B. mit deinen Eltern) stattfinden. Die Termine sind so gelegt, dass keine Wartezeiten anfallen. Das bedeutet, dass bei einer kurzfristigen Absage keine andere Patientin / kein anderer Patient einspringen kann. Eine Absage ist daher nur im Krankheitsfall mit ärztlicher Bescheinigung (**Attest**) oder vorab mit einer **Frist von 48 Stunden** möglich. Wird ein vereinbarter Termin nicht wahrgenommen, ohne dass die/der Behandelnde spätestens 48 Stunden vor dem vereinbarten Termin hierüber informiert wurde und ohne dass eine ärztlich bescheinigte Erkrankung besteht, wird ein **Ausfallhonorar** von derzeit 50 Euro in Rechnung gestellt.

Die Gruppenangebote, die wir im Rahmen der Gruppenpsychotherapeutischen Grundversorgung anbieten, dauern 100 Minuten und werden ebenfalls zumeist in wöchentlichem Abstand zu festen Terminen vereinbart. Wir bitten um rechtzeitige Absage, solltest du an einem der vereinbarten Termine nicht teilnehmen können.

### Videosprechstunde

Psychotherapeutische Sitzungen können auch als Videosprechstunde durchgeführt werden, wenn bereits ein persönlicher Erstkontakt zur Eingangsdiagnostik, Indikationsstellung und Aufklärung stattgefunden hat und kein direkter persönlicher Kontakt mit der Patientin oder dem Patienten aus therapeutischer Sicht erforderlich ist. Damit eine Videosprechstunde auch kurzfristig umgesetzt werden kann (z.B. im Falle einer verhinderten Anreisemöglichkeit), werden wir dich beim Erstgespräch bitten, die Einverständniserklärung des Videodienstanbieters „Arztkonsultation“ auszufüllen und zu unterschreiben. Informationen zur Verarbeitung deiner Daten bei Videosprechstunden findest du auch in unserer Patienteninformation zum Datenschutz.

### Schweigepflichtentbindung

Eine Zusammenarbeit und ein Informationsaustausch mit deinen behandelnden Ärzt:innen und anderen Personen (z.B. Ergotherapeut:innen, Lehrkräfte, Bezugspersonen aus Wohn- oder Tagesgruppen) ist häufig sinnvoll. Aufgrund der gesetzlichen Schweigepflicht, der Psychotherapeut:innen unterliegen, benötigen wir hierfür dein schriftliches Einverständnis. Zudem benötigen wir dein schriftliches Einverständnis für den fachlichen Austausch innerhalb des Ambulanzteams einschließlich der in der Ambulanz tätigen Studierenden (Intervision), sowie für die Weitergabe deiner Daten an die Universitätsverwaltung im Falle der Forderung von Ausfallhonoraren.



## Psychotherapieambulanz für Kinder und Jugendliche der Universität Trier

Bitte beachte, dass in der Psychotherapieambulanz für Kinder und Jugendliche der Universität Trier Behandlungen überwiegend durch Psychotherapeut:innen in Ausbildung (PiAs) durchgeführt werden, die nach der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJPsychThAPrV) dazu verpflichtet sind, Behandlungen unter Supervision durchzuführen. Da die Supervisor:innen fallverantwortlich sind und wichtige Dokumente wie z.B. Befundbriefe unterschreiben, ist eine Weitergabe personenbezogener Daten für Supervisionszwecke zwingend erforderlich. Eine Behandlung in unserer Ambulanz ist daher nur möglich, wenn du uns dein schriftliches Einverständnis zur Weitergabe deiner Daten im Rahmen der Supervision erteilst. Wir bitten dich daher, uns das Formular „Entbindung von der Schweigepflicht“ ausgefüllt und unterschrieben zuzusenden.

### Zur Therapie: Zeitaufwand, Veränderung

Der Erfolg einer Psychotherapie hängt wesentlich von der Bereitschaft zur Mitarbeit und den zeitlichen Möglichkeiten ab. Eine regelmäßige Teilnahme an den Sitzungen ist eine wichtige Voraussetzung, um die gewünschten Veränderungen zu erreichen. Bitte prüfe vor Therapiebeginn, ob es dir möglich sein wird, während der Behandlungszeit die wöchentlichen Termine regelmäßig und verlässlich einzuhalten und deine Urlaubspläne rechtzeitig mit deiner Therapeutin oder deinem Therapeuten zu besprechen.

Die Therapie besteht jedoch nicht nur aus den Therapiesitzungen: Für die Durchführung von therapeutischen Übungen im Alltag, das Ausfüllen von Fragebögen und Selbstbeobachtungslisten etc. benötigst du während des gesamten Therapieprozesses zusätzliche Zeit! Bitte prüfe vor Therapiebeginn, ob dir dies in deiner gegenwärtigen Lebenssituation möglich sein wird.

Veränderungsprozesse sind manchmal mit schmerzhaften seelischen Prozessen verbunden. Nach den Sitzungen wirst du vielleicht nicht immer so belastbar sein, wie du es gewohnt bist. Es ist wichtig für dich zu wissen, dass insbesondere dann, wenn du in der Behandlung auch belastende Erlebnisse besprichst, dies auch außerhalb der Therapie zu schwierigen Situationen führen kann. Für dich und unsere Arbeit ist die Bereitschaft wichtig, solche schmerzhaften Phasen durchzustehen, damit die Therapie erfolgreich gestaltet und beendet werden kann. Bitte besprich dies auch evtl. mit deinen Angehörigen oder deinem sozialen Umfeld.

### Dokumentation und wissenschaftliche Auswertung

Im Laufe der Therapie werden wir dir zu Beginn, im Verlauf und zum Ende der Behandlung verschiedene Fragebögen vorlegen. Diese sind wichtige Instrumente zur Beurteilung deiner Beschwerden, der passenden Behandlung sowie der Fortschritte in der Therapie. In anonymisierter Form werden die Fragebogendaten und weitere Gesundheitsdaten (z.B. Diagnosen, Anzahl Therapiesitzungen) wissenschaftlich ausgewertet. Zusätzlich werden einzelne Therapiesitzungen auf Video aufgezeichnet, sofern du darin einwilligst. Die Videoaufzeichnungen werden, soweit du damit jeweils einverstanden bist, für die Vor- und Nachbereitung der Psychotherapiesitzungen, zur Supervision und Intervision sowie in pseudonymisierter Form zu Forschungszwecken genutzt. Alle personenbezogenen Daten und Patientendokumentationen unterliegen der gesetzlichen Schweigepflicht und den Datenschutzbestimmungen. Über die Datenverarbeitung deiner personenbezogenen Daten sowie deine Rechte wirst du entsprechend der Art. 13 und 14 der Datenschutz-Grundverordnung in unserer Patienteninformation zum Datenschutz genauer informiert.

Im Erstgespräch nehmen wir uns Zeit, deine Fragen zur Behandlung zu beantworten.

Falls du weitere Fragen hast, kannst du dich jederzeit gerne an deine Therapeutin oder deinen Therapeuten oder an das Ambulanzteam wenden.



## Einverständniserklärung der/des Jugendlichen in die Behandlung (Behandlungsvereinbarung) (V3 vom 03.12.2024)

Lieber Patient, liebe Patientin,

damit du in der Psychotherapieambulanz für Kinder- und Jugendliche der Universität Trier behandelt werden kannst, wird die Zustimmung der Personen benötigt, die für dich das Sorgerecht tragen. Wenn du **15 Jahre oder älter** bist, wird auch deine Zustimmung benötigt. Ab diesem Alter kannst du auch ohne Zustimmung der sorgeberechtigten Personen eine psychotherapeutische Behandlung in Anspruch nehmen. Das Formular „Einverständniserklärung der Sorgeberechtigten in die Behandlung“ muss bei Jugendlichen ab 15 Jahren daher nicht unbedingt ausgefüllt und unterschrieben eingereicht werden.

In der „Behandlungsinformation für Jugendliche“ haben wir wichtige Informationen zum Ablauf und den Rahmenbedingungen einer Psychotherapie für dich zusammengestellt. Wir bitten dich, die Behandlungsinformation sorgfältig zu lesen. Während des Erstgesprächs werden die wichtigsten Punkte noch einmal besprochen und hast du die Möglichkeit, Fragen zu stellen.

### Hiermit erkläre ich

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

**mich damit einverstanden, dass ich eine psychotherapeutische Behandlung in der Psychotherapieambulanz für Kinder- und Jugendliche der Universität Trier erhalte.**

### Bitte zutreffendes ankreuzen:

- Ich habe die Behandlungsinformation für Jugendliche (Version 3 vom 03.12.2024) und die Patienteninformation zum Datenschutz (Version 3 vom 03.12.2024) erhalten, gelesen und bin mit den genannten Bedingungen einer Behandlung in der Psychotherapieambulanz für Kinder und Jugendliche der Universität Trier einverstanden. **(Bitte beachte, dass eine Behandlung nur möglich ist, wenn diese Option ausgewählt wurde und das Einverständnis in die hier genannten Aspekte bestätigt wurde.)**
- Ich bin mit der Videoaufzeichnung von Therapiesitzungen und der Nutzung der Videoaufzeichnung für die Vor- und Nachbereitung der Sitzungen einverstanden.
- Ich bin mit der Verwendung der Videoaufzeichnungen zu Interventionszwecken, Supervisionszwecken und Lehrzwecken (ausschließlich für Studierende, die in der Ambulanz tätig sind) einverstanden.
- Ich bin damit einverstanden, dass in der Ambulanz tätige Studierende nach vorheriger Absprache an den Therapiesitzungen teilnehmen und Einsicht in die Patientenakte erhalten.

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_



## Einverständniserklärung der Sorgeberechtigten in die Behandlung (Behandlungsvereinbarung) (V3 vom 03.12.2024)

Liebe Eltern, liebe Sorgeberechtigten,  
damit Ihr Kind in der Psychotherapieambulanz für Kinder- und Jugendliche der Universität Trier behandelt werden kann, wird die Zustimmung aller sorgeberechtigten Personen benötigt. In der beigefügten Behandlungsinformation erhalten Sie wichtige Informationen zu Art, Umfang und Rahmenbedingungen der Behandlung. Bitte lesen Sie diese sorgfältig durch. Während des Erstgespräch werden die wichtigsten Punkte besprochen und haben Sie die Möglichkeit, Fragen zu stellen.

**Hiermit erkläre ich mich / erklären wir uns,  
sorgeberechtigte Person 1** (z.B. Mutter)

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

**sorgeberechtigte Person 2** (z.B. Vater)

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

**damit einverstanden, dass**

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname des Kindes / Jugendlichen

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

**eine psychotherapeutische Behandlung in der Psychotherapieambulanz für Kinder- und Jugendliche der Universität Trier erhält.**

**Bitte zutreffendes ankreuzen:**

- Ich habe die Behandlungsinformation für Eltern und Sorgeberechtigte (Version 3 vom 03.12.2024) und die Patienteninformation zum Datenschutz (Version 3 vom 03.12.2024) erhalten, gelesen und bin mit den genannten Bedingungen einer Behandlung des oben genannten Kindes/Jugendlichen in der Psychotherapieambulanz für Kinder und Jugendliche der Universität Trier einverstanden. **(Bitte beachten Sie, dass eine Behandlung nur möglich ist, wenn diese Option ausgewählt wurde und das Einverständnis in die hier genannten Aspekte bestätigt wurde.)**
- Ich bin mit der Videoaufzeichnung von Therapiesitzungen und der Nutzung der Videoaufzeichnung für die Vor- und Nachbereitung der Sitzungen einverstanden.
- Ich bin mit der Verwendung der Videoaufzeichnungen zu Interventionszwecken, Supervisionszwecken und Lehrzwecken (ausschließlich für Studierende, die in der Ambulanz tätig sind) einverstanden.
- Ich bin damit einverstanden, dass in der Ambulanz tätige Studierende nach vorheriger Absprache an den Therapiesitzungen teilnehmen und Einsicht in die Patientenakte erhalten.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich zudem, dass die Angaben bezüglich des Sorgerechts und der Gesundheitsfürsorge auf dem Anmeldebogen zutreffend sind.

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift sorgeberechtigte Person 1

\_\_\_\_\_  
Unterschrift sorgeberechtigte Person 2



## Entbindung von der Schweigepflicht (V3 vom 03.12.2024)

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname des Patienten / der Patientin

\_\_\_\_\_  
geboren am

### 1. Intervision und Supervision

Psychotherapeut:innen in Ausbildung (PiA) sind aufgrund der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJPsychThAPrV) dazu verpflichtet, psychotherapeutische Behandlungen unter Supervision durchzuführen. Der fachliche Austausch mit einer Supervisorin oder einem Supervisor (**Supervision**) erfolgt durch Supervisor:innen, die von einer Einrichtung nach § 6 Abs. 1 des Psychotherapeutengesetzes anerkannt sind. In der Supervision wird über den Inhalt der Behandlung gesprochen und, sofern Sie darin einwilligen, Videoaufnahmen der Therapiesitzungen gezeigt. Da die Supervisor:innen fallverantwortlich sind und wichtige Dokumente wie z.B. Befundbriefe unterschreiben, ist eine Weitergabe personenbezogener Daten für Supervisionszwecke zwingend erforderlich.

Auch die in der Psychotherapieambulanz für Kinder und Jugendliche und des Weiterbildungsstudiengangs tätigen approbierten Psychotherapeut:innen und Studierende, die Rahmen ihres Studiums in der Psychotherapieambulanz für Kinder- und Jugendliche tätig sind, nehmen bei der psychotherapeutischen Behandlung einen fachlichen Austausch innerhalb des Ambulanzteams (**Intervision**) in Anspruch. In der Intervision wird über den Inhalt der Behandlung gesprochen und, sofern Sie darin einwilligen, Videoaufnahmen der Therapiesitzungen gezeigt.

Hiermit entbinde ich die behandelnde Therapeutin / den behandelnden Therapeuten und die Beschäftigten der Psychotherapieambulanz für Kinder und Jugendliche und des Weiterbildungsstudiengangs Kinder und Jugendlichenpsychotherapie sowie die Supervisor:innen und die in der Ambulanz tätigen Studierenden von der gesetzlichen Schweigepflicht insoweit dies im Hinblick auf die Supervision oder den fachlichen Austausch patientenbezogener Information im Rahmen der Intervision oder zu Lehrzwecken (hinsichtlich der in der Ambulanz tätigen Studierenden) erforderlich ist.

### 2. Vereinnahmung von Forderungen aus der Behandlungsvereinbarung

Hiermit entbinde ich die Beschäftigten der Psychotherapieambulanz für Kinder und Jugendliche und die zuständigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Universitätsverwaltung von der gesetzlichen Schweigepflicht auch erforderlichenfalls gegenüber Dritten insoweit dies zur Vereinnahmung von Forderungen aus der Behandlungsvereinbarung erforderlich ist (z.B. bei Inrechnungstellung eines Ausfallhonorars). Dies beinhaltet die Weitergabe von persönlichen Behandlungsdaten (ausschließlich Name und Adresse der Rechnungsempfängerin/des Rechnungsempfängers, Forderungsbetrag und Forderungsgrund) an die Universitätsverwaltung und durch diese erforderlichenfalls an Dritte.

### 3. Bericht an den Hausarzt / die Hausärztin

Bei gesetzlich versicherten Patientinnen und Patienten muss gegenüber dem Hausarzt / der Hausärztin zu Beginn, am Ende und mindestens einmal jährlich schriftlich über die Psychotherapie Bericht erstattet werden. Dies entfällt, wenn Sie keinen Hausarzt / keine Hausärztin haben oder die für einen solchen Bericht erforderliche Einwilligung nicht erteilen (Einverständniserklärung der regelmäßigen Berichtspflicht 2.1.4 Abs.1 der Allgemeine Bestimmungen (EBM) i.V.m. § 73 Abs 1 b SGB V).



Bitte wählen Sie eine der folgenden Optionen aus:

- Der Patient / die Patientin hat keinen Hausarzt / keine Hausärztin.
- JA**, ich bin damit einverstanden, dass der Hausarzt / die Hausärztin einen schriftlichen Bericht erhält.

Name und Adresse Hausarzt / Hausärztin: \_\_\_\_\_

- NEIN**, ich bin nicht damit einverstanden, dass dem Hausarzt / der Hausärztin über die Psychotherapie schriftlich berichtet wird.
- Der Patient/die Patientin wurde von einem Facharzt oder einer Fachärztin (z.B. Kinderarzt / Kinderärztin) überwiesen. Ich bin damit einverstanden, dass der überweisende Facharzt / die überweisende Fachärztin einen Bericht erhält, der dann in Kopie an den Hausarzt / die Hausärztin geht.

Name und Adresse Facharzt / Fachärztin: \_\_\_\_\_

- Der Patient/die Patientin wurde von einem Facharzt oder einer Fachärztin überwiesen. Ich bin **nicht** damit einverstanden, dass der überweisende Facharzt/die überweisende Fachärztin einen Bericht erhält, der dann in Kopie an den Hausarzt/die Hausärztin geht.

**3. Weitere Personen**

Eine Zusammenarbeit und ein Informationsaustausch mit den behandelnden Ärzt:innen und anderen Personen (z.B. Lehrkräfte, Bezugspersonen aus Wohn- oder Tagesgruppen, Ergotherapeut:innen, vorherige Psychotherapeut:innen) oder Einrichtungen (Krankenhäuser, Jugendamt) ist häufig sinnvoll. Aufgrund der gesetzlichen Schweigepflicht, der Psychotherapeut:innen unterliegen, benötigen wir hierfür Ihr schriftliches Einverständnis. Bitte führen Sie Personen und Einrichtungen auf, für die Sie uns eine Schweigepflichtentbindung erteilen wollen.

Hiermit entbinde ich die Beschäftigten der Psychotherapieambulanz für Kinder und Jugendliche der Universität Trier und

	Schweigepflichts- entbindung	
	Ja	Nein
_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

hinsichtlich des Austauschs meiner personenbezogenen Behandlungsdaten untereinander von der gesetzlichen Schweigepflicht.



**Psychotherapieambulanz für Kinder und Jugendliche  
der Universität Trier**

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Name sorgeberechtigte Person 1 (z.B. Mutter)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift sorgeberechtigte Person 1

\_\_\_\_\_  
Name sorgeberechtigte Person 2 (z.B. Vater)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift sorgeberechtigte Person 2

\_\_\_\_\_  
Name Patient / Patientin  
*(erforderlich bei Jugendlichen ab 15 Jahren)*

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient / Patientin

## **Datenschutzhinweise und Einwilligung zur Erhebung und Verarbeitung personenbezogener Daten im Forschungsprojekt „Wirkfaktoren der Psychotherapie“**

### **A. Gegenstand des Forschungsprojekts und Grundlage der Einwilligungserklärung**

#### 1. Beschreibung des Forschungsprojekts:

Zahlreiche Studien haben die Wirksamkeit von Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen belegt. Weit weniger gut untersucht ist die Wirkungsweise von Psychotherapie, d.h. die Frage, welche Wirkfaktoren zum Therapieerfolg beitragen.

In unserem Forschungsprojekt „Wirkfaktoren der Psychotherapie“ untersuchen wir daher, welche Therapietechniken besonders wirksam sind. Dabei untersuchen wir auch, ob die Techniken bei allen Patient:innen gleich gut wirken oder ob die Techniken bei bestimmten Personengruppen besonders wirksam sind. Dieses Wissen ist wichtig, damit wir den Kindern und Jugendlichen, die in unserer Ambulanz behandelt werden, zukünftig noch besser helfen können. Zudem werden die Ergebnisse des Projektes dazu beitragen, dass wir angehende Psychotherapeut:innen bestmöglich ausbilden können.

#### 2. Verantwortliche Stelle:

Universität Trier  
 Fachbereich 1; Psychologie; Abteilung für Klinische Psychologie und Psychotherapie des  
 Kindes- und Jugendalters  
 Universitätsring 15  
 54296 Trier

#### 3. Projektleitung: Prof. Dr. Elena von Wirth

#### 4. Ansprechpartner: Prof. Dr. Elena von Wirth. Kontakt: [vonwirth@uni-trier.de](mailto:vonwirth@uni-trier.de)

#### 5. Art der personenbezogenen Daten, die erhoben und verarbeitet werden:

**Persönliche Angaben:** Im Rahmen des Projektes werden Gesundheitsdaten, die im Rahmen der Behandlung erfasst werden, verarbeitet. Es werden keine personenbezogenen Daten wie Name, Adresse oder Kontaktdaten erhoben oder verarbeitet. Die Gesundheitsdaten werden unter Angabe des Patientencodes gespeichert. Der Patientencode besteht aus einer Zahlen- und Buchstabenkombination, die keinen Hinweis auf Namen, Geburtsdatum oder Adresse enthält. Eine Zuordnung des Patientencodes zu einer bestimmter Person kann nur anhand des passwortverschlüsselten Patientenverwaltungssystems durch Mitarbeiter:innen der Psychotherapieambulanz des Kindes- und Jugendalters der Universität Trier vorgenommen werden. Nach Abschluss der wissenschaftlichen Auswertung werden der Patientencode und ggf. vorliegende Videoaufzeichnungen gelöscht, so dass die Daten ab diesem Zeitpunkt vollständig anonymisiert sind.

**Besondere Kategorien personenbezogener Daten, nämlich Angaben über:** Gesundheitsdaten

**Aufnahmen:**

X Videoaufzeichnungen       Fotos      X Tonaufnahmen

## B. Einwilligungserklärung und Information über die Erhebung personenbezogener Daten

### 1. Art der Verarbeitung der personenbezogenen Daten / Zweck der Verarbeitung

In dem Projekt „Wirkfaktoren der Psychotherapie“ werden Daten, die im Rahmen der Behandlung erhoben werden, wissenschaftlich ausgewertet. Hierzu zählen Gesundheitsdaten (z.B. Angaben zur Symptomatik des Kindes oder Jugendlichen) sowie Angaben zur Behandlung (z.B. Anzahl der durchgeführten Therapiestunde). Diese Daten werden auf einem gesicherten Laufwerk der Universität Trier gespeichert und den wissenschaftlichen Mitarbeiter:innen der Abteilung für Klinische Psychologie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters der Universität Trier (im Folgenden „Forschungsabteilung“ genannt) nur in pseudonymisierter Form zur Verfügung gestellt. Das bedeutet, dass diese Daten nur einen Patientencode enthalten, nicht aber personenbezogene Angaben (z.B. Name, Geburtstag, Adresse), und dass eine Zuordnung des Patientencodes zu einer bestimmten Person nur anhand des passwortgeschützten Patientenverwaltungssystem durch Mitarbeiter:innen der Psychotherapieambulanz des Kindes- und Jugendalters der Universität Trier vorgenommen werden kann. Gemäß den Vorgaben der guten wissenschaftlichen Praxis der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) wird der Patientencode nach Abschluss der Auswertung gelöscht, so dass die Daten ab diesem Zeitpunkt vollständig anonymisiert sind.

Um festzustellen, welche Techniken in der Therapie eingesetzt werden, werden in dem Projekt „Wirkfaktoren der Psychotherapie“ auch Videoaufnahmen der Therapiestunden ausgewertet. Dabei wird auf einem Formular eingetragen, wie oft die Therapeutin oder der Therapeut eine bestimmte Technik anwendet. Auf dem Formular wird **nicht** eingetragen, über welche Anliegen und Themen in der Therapie gesprochen wird und welche Einstellungen, Meinungen oder Überzeugungen die Kinder und Jugendlichen äußern. Das Formular wird später in der Forschungsabteilung zu Forschungszwecken ausgewertet. Bei der Auswertung wird untersucht, ob es einen Zusammenhang gibt zwischen dem Einsatz der Techniken und dem Ergebnis der Behandlung (z.B. wie sehr sich der Zustand des Kindes im Verlauf der Behandlung verbessert hat).

Die Videoaufnahmen werden den wissenschaftlichen Mitarbeiter:innen der Forschungsabteilung verschlüsselt unter Wahrung hoher Sicherheitsstandards ohne Angaben zur Person (d.h. ohne Nennung personenbezogener Daten wie Name, Geburtstag, Kontaktdaten) auf einem gesicherten Laufwerk zur Verfügung gestellt. Eine vollständige Anonymisierung ist aufgrund der Art der Daten (Bild und Ton) nicht möglich. Man spricht daher von Pseudonymisierung. Bei der Kodierung und Auswertung können auch der Schweigepflicht und Datenschutzgrundverordnung unterliegende Studierende unter engmaschiger Anleitung wissenschaftlicher Mitarbeiter:innen der Forschungsabteilung einbezogen werden.

Die wissenschaftliche Verarbeitung der Daten dient dem Zweck des unter A.1 geschilderten Forschungsgegenstands. Bei der Veröffentlichung von Forschungsergebnissen ist die Anonymität der Patient:innen vollständig gewährleistet.

Nach Abschluss des Forschungsprojektes, frühestens jedoch drei Jahre nach Abschluss der Behandlung, werden die Videoaufnahmen gelöscht. Gemäß den Vorgaben der guten wissenschaftlichen Praxis der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) werden die vollständig anonymisierten Daten, einschließlich der Ergebnisse der Kodierung der Videoaufnahmen, zehn Jahre nach Veröffentlichung der Ergebnisse unter Wahrung geltender Sicherheitsstandard in gesicherten Datenbanken der Universität Trier gespeichert.

## 2. Kontaktdaten der Datenschutzbeauftragten

Regine Schmirander  
Universitätsring 15,  
54296 Trier  
E-Mail: dsb@uni-trier.de

## 3. Rechtsgrundlage

Die Universität Trier verarbeitet die von Ihnen erhobenen personenbezogene Daten auf Basis Ihrer Einwilligung gemäß Art. 6 Abs. 1 Satz 1 Buchst. a DSGVO. Sofern besondere Kategorien personenbezogener Daten betroffen sind, verarbeitet die Universität Trier die von Ihnen erhobenen personenbezogenen Daten auf Basis Ihrer Einwilligung gemäß Art. 9 Abs. 2 Buchst. a DSGVO.

## 4. Empfänger oder Kategorien von Empfängern / Drittstaatenübermittlung

Die personenbezogenen Daten werden in folgendes Drittland an folgende Institution zu den oben genannten Zwecken übermittelt: keine

An weitere Dritte werden die personenbezogenen Daten nicht weitergeben, außer eine Weitergabe ist nach einer gesetzlichen Vorgabe oder einer gerichtlichen oder behördlichen Entscheidung zwingend erforderlich.

## 5. Dauer, für die die personenbezogenen Daten gespeichert werden / Kriterien für die Festlegung der Dauer

Aufgrund rechtlicher Vorgaben werden personenbezogene Daten in der Psychotherapieambulanz für Kinder und Jugendliche mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufbewahrt.

Aufgenommene Videos werden insbesondere zur Verteidigung bzw. Abwehr von Rechtsansprüchen, welche möglicherweise noch geltend gemacht werden, für eine Dauer von 3 Jahren nach Therapieende in der Psychotherapieambulanz für Kinder und Jugendliche der Universität Trier gespeichert.

Gemäß den Leitlinien guter wissenschaftlicher Praxis der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) werden die Forschungsdaten nach der Veröffentlichung der Ergebnisse in anonymisierter Form ebenfalls für einen Zeitraum von 10 Jahren unter Wahrung geltender Sicherheitsstandard in gesicherten Datenbanken der Universität archiviert und anschließend datenschutzgerecht gelöscht.

## 6. Ihre Rechte im Hinblick auf die gespeicherten Daten

Nach Art. 15 DSGVO haben Sie einen Anspruch auf kostenfreie Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten. Sie können Ihre bei uns gespeicherten Daten gemäß Art. 16 und 17 DSGVO berichtigen oder löschen lassen, sowie die Verarbeitung der Daten gem. Art. 18 DSGVO einschränken. Sie haben außerdem gem. Art. 20 DSGVO das Recht, bereitgestellte personenbezogene Daten von dem Verantwortlichen in einem strukturierten, gängigen und maschinenlesbaren Format zu erhalten und diese Daten unter bestimmten Voraussetzungen

einem anderen Verantwortlichen ohne Behinderung durch den Verantwortlichen zu übermitteln (Recht auf Datenübertragbarkeit).

Darüber hinaus besteht das Recht zur Beschwerde bei der zuständigen Datenschutzaufsichtsbehörde. Für die Universität Trier ist dies der Landesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit Rheinland-Pfalz, Hintere Bleiche 34, 55116 Mainz.

#### 7. Einwilligungserklärung / Entbindung von der Schweigepflicht

Ich bin damit einverstanden, dass die genannten personenbezogenen Daten von der Universität Trier für die genannten Forschungszwecke erhoben und verarbeitet werden. Sofern ich besondere Kategorien von personenbezogenen Daten angebe bzw. angegeben habe, sind diese von der Einwilligungserklärung umfasst. Soweit diese Einwilligungserklärung reicht, entbinde ich die behandelnde Therapeutin / den behandelten Therapeuten und Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Psychotherapieambulanz für Kinder und Jugendliche der Universität Trier ausdrücklich gegenüber den wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Forschungsabteilung von der gesetzlichen Schweigepflicht.

Ihre Einwilligung bzw. die Entbindung von der Schweigepflicht ist freiwillig. Sie können die Einwilligung bzw. die Entbindung ablehnen, ohne dass Ihnen dadurch irgendwelche Nachteile entstehen.

Ihre Einwilligung und die Entbindung von der Schweigepflicht können Sie jederzeit ohne Begründung und ohne dass Ihnen daraus ein Nachteil entsteht, widerrufen, mit der Folge, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten für die Zukunft unzulässig wird. Dies berührt die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bzw. Entbindung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung jedoch nicht.

---

Vorname, Nachname des Kindes / Jugendlichen in Druckschrift

---

Ort und Datum

---

Unterschrift sorgeberechtigte Person

---

Ort und Datum

---

Unterschrift Kind / Jugendliche:r



## **PATIENTENINFORMATION ZUM DATENSCHUTZ**

(V3 vom 03.12.2024)

Liebe Eltern, liebe Kinder, liebe Jugendliche, liebe junge Erwachsene,

der Schutz Ihrer bzw. deiner personenbezogenen Daten sowie der Ihres Kindes sind uns wichtig. Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sind wir verpflichtet, darüber zu informieren, wie wir mit den personenbezogenen Daten umgehen, die wir von Ihnen/dir erhalten. Der Information kann auch entnommen werden, welche Rechte Sie/du in Bezug auf den Datenschutz haben bzw. hast.

### **1. VERANTWORTLICHKEIT FÜR DIE DATENVERARBEITUNG**

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist: **Datenschutzbeauftragte:**

Universität Trier, Fachbereich I,  
Abteilung für Klinische Psychologie und  
Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters  
Am Wissenschaftspark 25+27  
54296 Trier

Regine Schmirander  
dsb@uni-trier.de

Kontakt:

Prof. Dr. Elena von Wirth  
Telefon (0651) 201-4350  
E-Mail: vonwirth@uni-trier.de

### **2. ZWECK DER DATENVERARBEITUNG**

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen/dir und dem/der Psychotherapeut/in (Ihres Kindes) und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen. Hierzu verarbeiten wir Ihre/deine personenbezogenen Daten bzw. die Ihres Kindes, insbesondere Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Fragebögen, Diagnosen, Therapieansätze und Befunde, die wir erheben. Sofern Sie eingewilligt haben, können uns auch andere Ärzt:innen oder Psychotherapeut:innen, bei denen Sie/du bzw. Ihr Kind in Behandlung ist oder war, Daten zur Verfügung stellen (z.B. in Arztbriefen). Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre/deine Therapie bzw. die Ihres Kindes. Sie sind wichtige Instrumente zur Beurteilung der Beschwerden, der passenden Behandlung sowie Fortschritten in der Therapie. Die Daten werden in einer Patientenakte gesammelt. Zusätzlich werden – sofern Sie/du darin eingewilligt haben/hast - Therapiesitzungen auf Video aufgezeichnet und verschlüsselt unter Wahrung hoher Sicherheitsstandards gespeichert.

Die personenbezogenen Daten und auch die Videoaufzeichnungen werden – sofern jeweils eine Einwilligung erteilt wurde – zur Vor- und Nachbereitung der Psychotherapiesitzungen sowie zur Supervision und Intervision und zur Anleitung von in der Ambulanz tätigen Studierenden genutzt und dienen damit auch der Qualitätssicherung. Zusätzlich werden anonymisierte Daten und – sofern eine Einwilligung vorliegt – pseudonymisierte Videoaufzeichnungen zu Forschungszwecken (wissenschaftliche Auswertung und Veröffentlichung) und Lehrzwecken (Erstellung von Fallberichten durch in der Ambulanz tätige Studierende) verwendet. Im Falle einer Veröffentlichung von Forschungsergebnissen ist die Anonymität der Patient:innen vollständig gewährleistet.

### **3. EMPFÄNGER DER DATEN**

Die Übermittlung von Daten erfolgt überwiegend zum Zwecke der Abrechnung der bei dir bzw. Ihrem Kind erbrachten Leistungen mit der Krankenkasse. Übermittelt werden zu diesem Zwecke Ihre Stammdaten bzw. jene Ihres Kindes (Name, Anschrift, Geburtsdatum, Geschlecht) sowie die



Krankenkassendaten (Versicherungsnummer, -status und Chiffre). Bei Antragstellung werden zusätzlich die gesicherte(n) Diagnose(n) und die Information übermittelt, ob in den letzten zwei Jahren eine ambulante, stationäre oder rehabilitative Maßnahme aufgrund psychischer Erkrankung durchgeführt wurde. In anonymisierter Form werden Daten für wissenschaftliche Zwecke (Auswertung und Veröffentlichung) an Forschungsverbände in Deutschland übermittelt. In anonymisierter Form können Fallberichte und Patientenanamnesen gemäß den Vorgaben der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJPsychThAPrV) bzw. der Approbationsordnung für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (PsychThApprO) an das Landesprüfungsamt für Psychotherapie (LPA) Rheinland-Pfalz übermittelt werden. Falls Sie eine Videosprechstunde in Anspruch nehmen möchte, werden nach Ihrer schriftlichen Einwilligung Ihre pseudonymisierten Daten an den Videodienstanbieter „Arztkonsultation“ übermittelt. Hierzu zählt der Patient:innencode (Kombination von Buchstaben und Zahlen ohne Hinweise auf Namen, Geburtstag oder Adresse) und die Daten der Videosprechstunden. Darüber hinaus übermitteln wir Ihre/deine Daten nur nach vorheriger schriftlicher Einwilligung oder wenn wir im Einzelfall rechtlich dazu verpflichtet sein sollten.

#### 4. SPEICHERUNG DER DATEN

Ihre/deine personenbezogenen Daten bzw. die Ihres Kindes werden nur so lange aufbewahrt, wie dies für die Durchführung der Behandlung erforderlich ist. Aufgrund rechtlicher Vorgaben sind wir dazu verpflichtet, die in der Patientenakte gesammelten personenbezogenen Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren. Aufgenommene Videos werden insbesondere zur Verteidigung bzw. Abwehr von Rechtsansprüchen, welche möglicherweise noch geltend gemacht werden, für eine Dauer von 3 Jahren nach Therapieende gespeichert. Alle Daten, die für wissenschaftliche Zwecke verwendet werden, werden nach Abschluss der Auswertungen anonymisiert und gemäß den „Leitlinien zur Sicherung guter wissenschaftlicher Praxis“ der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) für einen Zeitraum von zehn Jahren auf einem gesicherten Laufwerk der Universität Trier archiviert.

#### 5. ELEKTRONISCHE PATIENTENAKTE (ePA)

Mit dem Patientendaten-Schutz-Gesetz (kurz: PDSG) wurden die Krankenkassen verpflichtet, ihren Versicherten eine elektronische Patientenakte (ePA) gemäß § 341 SGB V anzubieten. Die Einführung der ePA für alle wird Anfang 2025 in einem gestuften Verfahren erfolgen.

Die Krankenkassen sind verpflichtet, ihre Versicherten über die Funktionsweise der ePA, über die mit ihr speicherbaren Informationen sowie über die Rechte und Ansprüche, die die Versicherten im Zusammenhang mit der Nutzung der ePA haben, ausführlich und umfassend zu informieren. Ärzt:innen und Psychotherapeut:innen sind darüber hinaus verpflichtet, ihre Patient:innen über die Daten, die sie im Rahmen ihrer Befüllungspflichten in der ePA für alle speichern, zu informieren und diese auf ihr Widerspruchsrecht hinzuweisen. Während des Erstgesprächs erhalten Sie eine gesonderte Patienteninformation zur ePA („Informationen zur ePA in der Psychotherapieambulanz für Kinder und Jugendliche“). Die Patienteninformation zur ePA enthält eine ausführliche Auflistung der Daten, die wir im Rahmen der Befüllungspflicht in der ePA speichern müssen, sofern Sie keinen Widerspruch einlegen. Daten, die nicht im Rahmen der Befüllungspflicht in der ePA gespeichert werden müssen, werden wir nur auf Antrag und nur mit Ihrem/deinem schriftlichen Einverständnis in der ePA speichern, sofern uns die Daten elektronisch vorliegen und in unserer Ambulanz erhoben wurden.

#### 6. IHRE UND DEINE RECHTE

Sie haben und du hast das Recht, über deine personenbezogenen Daten bzw. die Ihr Kind betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten. Auch können Sie und kannst du die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen. Darüber hinaus steht Ihnen bzw. dir unter bestimmten Voraussetzungen



das Recht auf Löschung von Daten, das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit zu. Die Verarbeitung Ihrer und der Daten Ihres Kindes erfolgt auf Basis von gesetzlichen Regelungen. Nur in Ausnahmefällen benötigen wir Ihr bzw. dein Einverständnis. In diesen Fällen haben Sie bzw. hast du das Recht, die Einwilligung für die zukünftige Verarbeitung zu widerrufen. Sie haben und du hast ferner das Recht, sich bzw. dich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu beschweren, wenn Sie oder du der Ansicht sind bzw. bist, dass die Verarbeitung der personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt.

Die Anschrift der für uns zuständigen Aufsichtsbehörde lautet:  
Der Landesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit Rheinland-Pfalz  
Hintere Bleiche 34, 55116 Mainz  
Telefon 06131 208-2449  
Fax 06131 208-2497  
[poststelle@datenschutz.rlp.de](mailto:poststelle@datenschutz.rlp.de)

#### 7. RECHTLICHE GRUNDLAGEN

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer/deiner Daten ist Art. 9 Absatz 2 lit. h) DSGVO soweit es sich um Daten handelt, die zur Durchführung des Behandlungsvertrages erforderlich sind. Im Übrigen ist Rechtsgrundlage Ihre/deine Einwilligung gem. Artikel 6 Abs. 1 S.1 lit a), Art. 9 Abs. 2 lit. a) DSGVO.

Sollten Sie bzw. solltest du Fragen haben, können Sie sich bzw. kannst du dich gerne an uns wenden.

Prof. Dr. Elena von Wirth  
Leiterin des Weiterbildungsstudiengangs Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie  
und der Psychotherapieambulanz für Kinder und Jugendliche der Universität Trier



## Fragebogen zu Stärken und Schwächen (SDQ) für Eltern / Sorgeberechtigte

Bitte markieren Sie zu jedem Punkt „nicht zutreffend“, „teilweise zutreffend“ oder „eindeutig zutreffend“. Beantworten Sie bitte alle Fragen so gut Sie können, selbst wenn Sie sich nicht ganz sicher sind oder Ihnen eine Frage merkwürdig vorkommt. Bitte berücksichtigen Sie bei der Antwort das Verhalten Ihres Kindes in den letzten sechs Monaten.

	nicht zutreffend	teilweise zutreffend	eindeutig zutreffend
1. Rücksichtsvoll	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Unruhig, überaktiv, kann nicht lange stillsitzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Klagt häufig über Kopfschmerzen, Bauchschmerzen oder Übelkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Teilt gerne mit anderen Kindern (Süßigkeiten, Spielzeug, Buntstifte usw.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Hat oft Wutanfälle; ist aufbrausend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Einzelgänger; spielt meist alleine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Im Allgemeinen folgsam; macht meist, was Erwachsene verlangen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Hat viele Sorgen; erscheint häufig bedrückt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Hilfsbereit, wenn andere verletzt, krank oder betrübt sind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Ständig zappelig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Hat wenigstens einen guten Freund oder eine gute Freundin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Streitet sich oft mit anderen Kindern oder schikaniert sie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Oft unglücklich oder niedergeschlagen; weint häufig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Im Allgemeinen bei anderen Kindern beliebt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Leicht ablenkbar, unkonzentriert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Nervös oder anklammernd in neuen Situationen; verliert leicht das Selbstvertrauen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Lieb zu jüngeren Kindern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Lügt oder mogelt häufig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Wird von anderen gehänselt oder schikaniert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Hilft anderen oft freiwillig (Eltern, Lehrern oder anderen Kindern)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Denkt nach, bevor er/sie handelt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Stiehlt zuhause, in der Schule oder anderswo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Kommt besser mit Erwachsenen aus als mit anderen Kindern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Hat viele Ängste; fürchtet sich leicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Führt Aufgaben zu Ende; gute Konzentrationsspanne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ausgefüllt von	<input type="checkbox"/> Mutter	<input type="checkbox"/> Vater	<input type="checkbox"/> Großmutter	<input type="checkbox"/> Großvater
	<input type="checkbox"/> anderes Familienmitglied (z.B. Onkel)		<input type="checkbox"/> außerfamiliäre Person (z. B. Jugendhilfe)	



## Fragebogen zu Stärken und Schwächen (SDQ)

### für Kinder und Jugendliche ab 11 Jahren

Bitte markiere zu jedem Punkt „nicht zutreffend“, „teilweise zutreffend“ oder „eindeutig zutreffend“. Beantworte bitte alle Fragen so gut du kannst, selbst wenn du dir nicht ganz sicher bist oder dir eine Frage merkwürdig vorkommt. Überlege bitte bei der Antwort, wie es dir im letzten halben Jahr ging.

	nicht zutreffend	teilweise zutreffend	eindeutig zutreffend
1. Ich versuche, nett zu anderen Menschen zu sein, ihre Gefühle sind mir wichtig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ich bin oft unruhig; ich kann nicht lange stillsitzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ich habe häufig Kopfschmerzen oder Bauchschmerzen; mir wird oft schlecht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ich teile normalerweise mit Anderen (Essen, Spiele, Stifte)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ich werde leicht wütend; ich verliere oft meine Beherrschung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Ich bin meistens für mich alleine; ich beschäftige mich lieber mit mir selbst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Normalerweise tue ich, was man mir sagt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Ich mache mir häufig Sorgen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Ich bin hilfsbereit, wenn andere verletzt, krank oder traurig sind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Ich bin dauernd in Bewegung und zappelig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Ich habe einen oder mehrere gute Freunde oder Freundinnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Ich schlage mich häufig; ich kann Andere zwingen zu tun, was ich will	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Ich bin oft unglücklich oder niedergeschlagen; ich muss häufig weinen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Im Allgemeinen bin ich bei Gleichaltrigen beliebt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Ich lasse mich leicht ablenken; ich finde es schwer, mich zu konzentrieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Neue Situationen machen mich nervös; ich verliere leicht das Selbstvertrauen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Ich bin nett zu jüngeren Kindern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Andere behaupten oft, dass ich lüge oder mogele	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Ich werde von anderen gehänselt oder schikaniert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Ich helfe anderen oft freiwillig (Eltern, Lehrern oder Gleichaltrigen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Ich denke nach, bevor ich handele	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Ich nehme Dinge, die mir nicht gehören (von zuhause, in der Schule oder anderswo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Ich komme besser mit Erwachsenen aus als mit Gleichaltrigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Ich habe viele Ängste; ich fürchte mich leicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Was ich angefangen habe, mache ich zu Ende; ich kann mich lange genug konzentrieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>