



Behandlungsvereinbarung

für die ambulante psychotherapeutische Behandlung von Kindern und Jugendlichen

Diese Vereinbarung beschreibt den Rahmen der Behandlung in meiner Praxis. Sie ergänzt das persönliche Aufklärungsgespräch, ersetzt es aber nicht. Bitte lesen Sie sie in Ruhe durch und sprechen Sie mich an, wenn etwas unklar ist.

1 Beteiligte

Praxis: Praxis für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, Dipl. Soz.-päd. Thomas Labesius, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut (Verhaltenstherapie), Reichenstraße 11-13, 19258 Boizenburg.

Kind / jugendliche Person

Vor- und Nachname

Geburtsdatum

Anschrift

Krankenkasse

Telefon / E-Mail (freiwillig)

Sorgeberechtigte Person 1

Vor- und Nachname

Beziehung zum Kind

Anschrift (falls abweichend)

Telefon

E-Mail



Sorgeberechtigte Person 2

Vor- und Nachname

Beziehung zum Kind

Anschrift (falls abweichend)

Telefon

E-Mail

Ansprechperson für Organisatorisches: ☐ Person 1 ☐ Person 2

Sorgerecht

☐ gemeinsame elterliche Sorge

☐ alleinige Sorge

Sorgeberechtigt ist

Nachweis:

☐ Beschluss des Familiengerichts

☐ Bescheinigung des Jugendamts über nicht abgegebene Sorgeerklärungen
(Negativbescheinigung)

☐ Sterbeurkunde des anderen Elternteils

☐ Sonstiges: _____

Nachweis vorgelegt am / Kopie zur Akte

☐ Vormundschaft / Ergänzungspflegschaft

Name der Vormund- bzw. Pflegeperson

Stelle / Anschrift

Telefon

Umfang (z. B. Gesundheitssorge)

Bestellungsurkunde vorgelegt am



☐ andere Regelung

Beschreibung

Nachweis vorgelegt am

Die Vereinbarung wird von den Sorgeberechtigten zugunsten des Kindes bzw. der jugendlichen Person geschlossen. Eine Psychotherapie ist eine Angelegenheit von erheblicher Bedeutung; bei gemeinsamer Sorge ist deshalb die Zustimmung beider Sorgeberechtigten erforderlich. Eine Trennung der Eltern ändert daran nichts. Ändert sich die Sorgerechtslage während der Behandlung, teilen Sie mir dies bitte umgehend mit.

Jugendliche ab 14 Jahren unterschreiben diese Vereinbarung mit. Ist die jugendliche Person nach meiner fachlichen Einschätzung in der Lage, Bedeutung und Tragweite der Behandlung zu verstehen (Einwilligungsfähigkeit), ist ihre eigene Zustimmung erforderlich. Unabhängig vom Alter beziehe ich Kinder und Jugendliche ihrem Entwicklungsstand entsprechend in alle Entscheidungen ein.

2 Gegenstand der Behandlung

Vereinbart wird eine psychotherapeutische Diagnostik und – bei gegebener Indikation – eine Behandlung im Verfahren Verhaltenstherapie. Die Behandlung kann Einzelsitzungen, Gruppensitzungen sowie Gespräche mit Eltern und weiteren Bezugspersonen umfassen. Sie beginnt in der Regel mit psychotherapeutischer Sprechstunde und probatorischen Sitzungen; erst danach wird gemeinsam entschieden, ob und in welchem Umfang eine Therapie beantragt wird.

Ziele, Vorgehen, mögliche Belastungen, Risiken und Alternativen (einschließlich des Verzichts auf eine Behandlung) bespreche ich mit Ihnen und Ihrem Kind persönlich. Psychotherapie ist ein gemeinsamer Arbeitsprozess; ein bestimmter Behandlungserfolg kann nicht zugesagt werden.

3 Kosten

Die Behandlung wird über die gesetzliche Krankenversicherung abgerechnet, soweit die Voraussetzungen vorliegen und – bei Kurz- oder Langzeittherapie – eine Genehmigung der Krankenkasse besteht. Bitte legen Sie die elektronische Gesundheitskarte Ihres Kindes in jedem Quartal beim ersten Termin vor und teilen Sie einen Kassenwechsel umgehend mit.

Nicht von der Krankenkasse übernommen wird das Ausfallhonorar nach Abschnitt 4. Es wird privat in Rechnung gestellt.



4 Termine, Absagen und Ausfallhonorar

Meine Praxis ist eine reine Bestellpraxis. Jeder Termin wird ausschließlich für Ihr Kind freigehalten und kann bei kurzfristiger Absage in aller Regel nicht mehr anderweitig vergeben werden.

Termine, die nicht wahrgenommen werden können, sind bitte spätestens 24 Stunden vorher abzusagen; Wochenenden und Feiertage zählen mit. Da die Praxis keinen Anrufbeantworter hat, ist eine Absage jederzeit per WhatsApp an 0151 5570 3840 oder per E-Mail an praxislabesius@pm.me möglich, außerdem telefonisch während der Sprechzeiten; maßgeblich ist der Zeitpunkt des Eingangs. Eine kurze Nachricht genügt – Gründe müssen Sie dabei nicht nennen.

Wird ein Termin nicht oder nicht rechtzeitig abgesagt, berechne ich ein Ausfallhonorar in Höhe von 50 Euro. Rechtsgrundlage ist § 615 des Bürgerlichen Gesetzbuchs. Die Krankenkasse übernimmt diesen Betrag nicht. Zahlungspflichtig ist die sorgeberechtigte Person, die den betreffenden Termin vereinbart hat.

Ein Ausfallhonorar wird **nicht** berechnet,

- wenn das Nichterscheinen unverschuldet ist, etwa bei plötzlicher Erkrankung, Unfall oder vergleichbaren unvorhersehbaren Ereignissen,
- wenn ich den Termin anderweitig vergeben kann,
- wenn der Ausfall von der Praxis zu vertreten ist.

Es bleibt Ihnen unbenommen nachzuweisen, dass mir kein oder ein wesentlich geringerer Ausfall entstanden ist. Beginnt eine Sitzung durch Verspätung später, endet sie dennoch zur vereinbarten Zeit.

5 Mitwirkung und Aufsicht

Für den Erfolg der Behandlung ist eine regelmäßige Teilnahme wichtig. Bitte informieren Sie mich über Medikamente, andere laufende Behandlungen oder Hilfen (zum Beispiel ärztliche Behandlung, Jugendhilfe, Schulbegleitung) sowie über wesentliche Veränderungen im Befinden Ihres Kindes.

Die Aufsicht über Ihr Kind liegt vor und nach der Sitzung bei Ihnen. Ob Ihr Kind allein kommen und gehen kann, besprechen wir im Erstgespräch; andernfalls wird es bitte gebracht und pünktlich abgeholt. Während der Sitzung sollte eine sorgeberechtigte oder beauftragte Person telefonisch erreichbar sein.

☐ Mein/Unser Kind darf allein zur Praxis kommen und nach der Sitzung allein nach Hause gehen.

6 Schweigepflicht und Informationen an Eltern

Ich unterliege der gesetzlichen und berufsrechtlichen Schweigepflicht. Sie gilt auch innerhalb der Familie: Eine vertrauensvolle Behandlung setzt voraus, dass Kinder und besonders Jugendliche offen sprechen können. Für den Umgang mit Informationen gilt deshalb:



- **Das erfahren die Sorgeberechtigten:** Termine und Teilnahme, die Diagnose(n), die vereinbarten Behandlungsziele, das Vorgehen und den Verlauf in groben Zügen sowie Empfehlungen für den Alltag – in der Regel in gemeinsamen Elterngesprächen.
- **Das bleibt vertraulich:** persönliche Inhalte aus den Einzelsitzungen, zum Beispiel über Freundschaften, Beziehungen oder Konflikte. Solche Inhalte gebe ich nur weiter, wenn das Kind bzw. die jugendliche Person zustimmt.
- **Elterngespräche mit Jugendlichen:** Bei Jugendlichen bespreche ich vorher mit ihnen, was im Elterngespräch Thema sein soll; auf Wunsch nehmen sie selbst teil.
- **Ausnahme bei Gefahr:** Bei ernsthafter Gefahr für Leben oder Gesundheit – etwa bei Suizidgedanken mit konkreter Gefährdung, schwerer Selbstverletzung oder Gefährdung anderer – informiere ich die Sorgeberechtigten auch ohne Zustimmung. Wenn möglich, kündige ich das der jugendlichen Person vorher an.

Bei gemeinsamer Sorge erhalten beide Sorgeberechtigten grundsätzlich denselben Informationsstand, auch wenn sie getrennt leben.

Die Schweigepflicht hat weitere gesetzliche Grenzen. Wenn ich gewichtige Anhaltspunkte für eine Gefährdung des Wohls Ihres Kindes sehe, bin ich befugt, das Jugendamt zu informieren (§ 4 Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz). Sofern der Schutz des Kindes dadurch nicht gefährdet wird, bespreche ich das vorher mit Ihnen.

Ein Austausch mit Schule, Kindertagesstätte, Ärzt:innen, Jugendamt oder anderen Stellen findet nur statt, wenn Sie mich dafür gesondert schriftlich von der Schweigepflicht entbunden haben.

7 Kommunikation

Elektronische Kommunikation ist nicht vollständig gegen den Zugriff Dritter geschützt. Ich nutze die unten gewählten Wege deshalb nur für Organisatorisches wie Terminabsprachen. Inhalte der Behandlung bespreche ich persönlich oder telefonisch. Mit folgenden Kontaktwegen bin ich einverstanden:

- ☐ WhatsApp an die Mobilnummer: _____
- ☐ E-Mail an die oben angegebene Adresse

Hinweis zu WhatsApp: Der Dienst wird von Meta betrieben. Nachrichteninhalte sind Ende-zu-Ende-verschlüsselt; Verbindungsdaten wie Telefonnummer, Zeitpunkt und Häufigkeit der Kontakte können jedoch von Meta erfasst und auch außerhalb der Europäischen Union verarbeitet werden. Bitte senden Sie über WhatsApp keine Angaben zu Beschwerden, Befinden oder Behandlungsinhalten.

Diese Einwilligung ist freiwillig und kann jederzeit ganz oder teilweise widerrufen werden. Ohne Einwilligung erfolgt die Kontaktaufnahme telefonisch oder per Post.



8 Videobehandlung

Einzelne Sitzungen können nach Absprache per Video stattfinden, sofern dies fachlich vertretbar ist. Sprechstunde und probatorische Sitzungen finden überwiegend persönlich in der Praxis statt. Für Videositzungen ist eine gesonderte schriftliche Einwilligung erforderlich. Weder die Praxis noch Patient:innen oder Angehörige dürfen Sitzungen – ob in der Praxis oder per Video – ohne ausdrückliche schriftliche Zustimmung aller Beteiligten aufzeichnen.

9 Dokumentation und Datenschutz

Ich bin gesetzlich verpflichtet, die Behandlung zu dokumentieren und die Unterlagen mindestens zehn Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren. Sie haben das Recht, Einsicht in die Behandlungsdokumentation zu nehmen, soweit keine erheblichen therapeutischen Gründe oder Rechte Dritter entgegenstehen. Einzelheiten zur Verarbeitung Ihrer Daten und zu Ihren Rechten enthält die Patienteninformation zum Datenschutz.

Elektronische Patientenakte (ePA): Ich bin gesetzlich verpflichtet, bestimmte Behandlungsdaten in die elektronische Patientenakte Ihres Kindes einzustellen. Sie können – ab dem 15. Lebensjahr die jugendliche Person selbst – dem Einstellen widersprechen oder den Zugriff beschränken. Hierzu erhalten Sie ein gesondertes Informationsblatt.

KI-gestützte Dokumentation: Eine Dokumentationshilfe, die Sitzungen aufzeichnet und auswertet, setze ich nur ein, wenn Sie und – je nach Einwilligungsfähigkeit – Ihr Kind dem gesondert schriftlich zugestimmt haben. Eine Ablehnung hat keine Nachteile für die Behandlung.

10 Erreichbarkeit und Krisen

Telefonisch bin ich zu den Sprechzeiten Mo, Di, Do und Fr von 11:30 bis 12:00 Uhr erreichbar. Die Praxis bietet keinen Notdienst an. In einer akuten Krise wenden Sie sich bitte an:

- Notruf: 112
- Ärztlicher Bereitschaftsdienst: 116 117
- Kinder- und jugendpsychiatrische Notaufnahme: Helios Kliniken Schwerin, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Wismarsche Straße 393-397, 19055 Schwerin, Tel. 0385 520-0
- Kinder- und Jugendtelefon (Nummer gegen Kummer): 116 111

11 Beendigung

Die Behandlung kann von Ihnen, Ihrem Kind bzw. der jugendlichen Person und von mir jederzeit beendet werden. Ich empfehle, ein Ende gemeinsam in einer abschließenden Sitzung zu besprechen. Beende ich die Behandlung, geschieht dies nicht zur Unzeit; wenn nötig, unterstütze ich die Suche nach einer anderen Behandlungsmöglichkeit. Die Einwilligung in die Behandlung kann jederzeit formlos widerrufen werden.



12 Schlussbestimmungen

Änderungen und Ergänzungen dieser Vereinbarung bedürfen der Textform. Das Original verbleibt in der Praxis, Sie erhalten eine Kopie.

Unterschriften

Ich/Wir haben die Vereinbarung gelesen und hatte(n) Gelegenheit, Fragen zu stellen.

Ort, Datum

Sorgeberechtigte Person 1

Sorgeberechtigte Person 2

Jugendliche:r (ab 14 Jahren)

Dipl. Soz.-päd. Thomas Labesius

Ausgehändigt:

- ☐ Kopie dieser Vereinbarung
- ☐ Aufklärungsblatt Psychotherapie
- ☐ Patienteninformation zum Datenschutz
- ☐ Informationsblatt elektronische Patientenakte (BptK)