

## Hinweise für Patienten, die sich in der Ambulanz anmelden möchten

Die psychotherapeutische Kinder- und Jugendlichen-Ambulanz gehört zur Bremer Ausbildungsstätte mit Schwerpunkt Verhaltenstherapie. Verhaltenstherapie beinhaltet - neben der Erforschung von Ursachen und Entstehung der Problematik Ihres Kindes - in erster Linie, dass wir Ihnen und Ihrem Kind Methoden an die Hand geben, um besser mit dieser Problematik zurechtzukommen. Das bedeutet für Sie und Ihr Kind, sich aktiv in den Behandlungsprozess einzubringen und die therapeutischen Empfehlungen umzusetzen.

Unsere TherapeutInnen haben das Studium der Psychologie oder Pädagogik abgeschlossen. Die Behandlung Ihres Kindes erfolgt nach den Richtlinien einer Kassenpraxis und wird durch erfahrene TherapeutInnen beratend begleitet (Supervision). Wir sind für alle gesetzlichen Kassen zugelassen.

### So melden Sie sich bei uns an:

- Füllen Sie den beiliegenden Anmeldebogen mit **allen Anlagen** sorgfältig aus und senden uns diese zurück (dieses Hinweisblatt behalten Sie bitte in Ihren Unterlagen!).  
  
Bitte beachten Sie: Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich einverstanden, dass die Therapiesitzungen Ihres Kindes durch digitale Geräte aufgezeichnet werden. Diese Aufnahmen benötigen wir für die Supervision der Behandlung. Fragen hierzu können Sie gerne im Erstkontakt klären.
- **Für getrennt lebende bzw. geschiedene Eltern, die beide sorgeberechtigt sind:**  
  
Der andere Elternteil muss, sofern er/sie sorgeberechtigt ist, unbedingt sein schriftliches Einverständnis abgeben (siehe Anlage). Ohne Einverständniserklärung ist die Therapie nicht möglich!
- Zu dem Erstgespräch bringen Sie bitte Folgendes mit:
  - ☞ die Elektronische Gesundheitskarte Ihres Kindes,
  - ☞ die Überweisung durch einen niedergelassenen Kinderarzt oder Facharzt.  
Achtung: Ohne Überweisung und ohne Elektronische Gesundheitskarte kann das Erstgespräch nur stattfinden, wenn Eltern/Patient innerhalb einer Woche die Karte und/oder Überweisung nachreichen, ansonsten muss das Erstgespräch privat von Ihnen gezahlt werden!
  - ☞ Wenn vorhanden, bringen Sie Befunde zu eventuellen Vorbehandlungen Ihres Kindes bitte in Kopie zum Erstgespräch mit oder fügen diese der Anmeldung bei.
- Im Erstgespräch beschreiben Sie und Ihr Kind die Probleme, die Sie dazu veranlasst haben, eine Psychotherapie für Ihr Kind anzustreben. Wenn die Beschwerden Ihres Kindes psychotherapeutisch behandelbar sind und Sie sowie Ihr Kind zu einer aktiven Mitarbeit bei der Bewältigung der Probleme bereit sind, wird sich eine/r unserer AmbulanztherapeutInnen eine Weile nach dem Erstgespräch zur Terminvereinbarung bei Ihnen melden.

**Bitte unbedingt beachten:** Ca. zwei Wochen nach Zusendung des Anmeldebogens **rufen Sie** bitte unsere Ambulanzassistenz KJP an. Hier erhalten Sie den Termin für das Erstgespräch. Sollten zu diesem Zeitpunkt keine Termine frei sein, informieren wir Sie, wann Sie sich erneut telefonisch an uns wenden können.

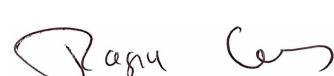
Sie erreichen unsere KJP Ambulanzassistenz:      Tel. Nr. **0421-276598-114**  
dienstags und donnerstags von 10-12 Uhr

Sie hören eine Bandansage, wenn der Anschluss besetzt ist. Da Sie hier **keine** Nachricht hinterlassen können, bitten wir um wiederholte Anrufversuche.

Wir wünschen Ihnen und Ihrem Kind eine erfolgreiche Therapie und gutes Gelingen für Ihr Vorhaben!



Dipl.-Psych. Dr. phil. Susanne Al-Wiswasi  
Psychologische Psychotherapeutin  
(auch für Kinder- und Jugendliche)  
NIVT Institutsleiterin



Dipl.-Psych. Dr. phil. Ragna Cordes  
Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeutin  
Ambulanzleiterin KJP

## **Bitte per Post zurücksenden!**

An  
Norddeutsches Institut  
für Verhaltenstherapie  
Bredenstr. 11  
28195 Bremen

## **A N M E L D E B O G E N für Kinder und Jugendliche**

### **Angaben zum Patienten**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geschlecht:  weiblich  männlich Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Str./Hausnr.: \_\_\_\_\_ PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Tel. Nr.: \_\_\_\_\_ mobil: \_\_\_\_\_

Kindergarten- / Schulbesuch / ggf. Berufsausbildung: \_\_\_\_\_

Geschwister: \_\_\_\_\_

Lebensmittelpunkt:

bei den leiblichen Eltern  bei der Mutter  beim Vater  anderes \_\_\_\_\_

Wer ist sorgeberechtigt?

beide Elternteile  Mutter  Vater  andere \_\_\_\_\_

Bei getrennt lebenden bzw. geschiedenen Eltern, die **beide sorgeberechtigt** sind, ist die schriftliche Einverständniserklärung des anderen Elternteils (siehe Anlage) unbedingt beizulegen!

Sind Sie **allein sorgeberechtigt**, benötigen wir eine schriftliche Bestätigung über diese Angabe.

Ihr Kind ist  gesetzlich krankenversichert  privat krankenversichert (Die Anmeldeunterlagen werden an eine/einen approbierte/n KollegIn in Privatpraxis und Mitarbeitende des NIVTs weitergegeben. Hiermit erklären Sie sich mit dieser Anmeldung ausdrücklich für einverstanden.)

### **Angaben zu den Eltern/Sorgeberechtigten**

Name der **Mutter**: \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_

Adresse (wenn von oben abweichend): \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Zu welchen Zeiten sind Sie unter welcher Tel.-Nr. (auch mobil) am besten erreichbar?

\_\_\_\_\_  
Name des **Vaters**: \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_

Adresse (wenn von oben abweichend): \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Zu welchen Zeiten sind Sie unter welcher Tel.-Nr. (auch mobil) am besten erreichbar?

Welcher Arzt (Name) kümmert sich schwerpunktmäßig um Ihr Kind? \_\_\_\_\_

Hat Ihr Kind schon einmal AMBULANTE Psychotherapie in Anspruch genommen?  JA  NEIN

Wenn JA, von wann bis wann? \_\_\_\_\_ Wie viele Stunden? \_\_\_\_\_

Bei wem? \_\_\_\_\_

Welche Therapieform?  Verhaltenstherapie  Tiefenpsychologie  Psychoanalyse

Wurde Ihr Kind bereits STATIONÄR psychotherapeutisch behandelt?  JA  NEIN

Wenn JA: Legen Sie dieser Anmeldung bitte alle bei Ihnen vorhandenen Berichte darüber bei und/oder bitten Sie Ihren Arzt, uns alle bei ihm vorliegenden Berichte über die stationäre(n) Behandlung(en) zu schicken.

Sind Sie damit einverstanden, neben der Einzeltherapie eine ergänzende Gruppentherapie durchzuführen?

JA  NEIN

Ist Ihr Kind  körperlich behindert  geistig behindert  lernbehindert?

Ihr Kind hat keine Behinderung

Ich weiß, dass es sich beim NIVT um ein Ausbildungsinstitut handelt, das der Qualitätssicherung verpflichtet ist. Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich einverstanden, dass Therapiesitzungen durch digitale Geräte aufgenommen und zum Zwecke der Supervision verwendet werden. Die Aufnahmen werden nach ihrer Verwendung, spätestens nach 4 Wochen, gelöscht. Ferner erkläre ich mich einverstanden, dass die während des Therapieprozesses erhobenen Daten anonym wissenschaftlich ausgewertet werden. Ich weiß, dass die Behandlung nur mit gültiger Überweisung und Krankenkassenkarte stattfinden kann. Sollten Überweisung / Krankenkassenkarte nicht vorliegen, verpflichte ich mich mit meiner Unterschrift zur Nachrechnung binnen einer Woche und bin einverstanden, die entstandenen Kosten anderenfalls privat zu zahlen.

Achtung: Ohne diese Einverständniserklärung kann im NIVT leider keine Behandlung begonnen werden.

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

Unterschrift des Patienten  
bzw. seines gesetzlichen Vertreters\* \_\_\_\_\_

\* Ihre Einwilligung können Sie jederzeit widerrufen. Durch den Widerruf wird die Rechtmäßigkeit, der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung der Daten nicht berührt. Den Widerruf können Sie schriftlich richten an: NIVT, Bredenstraße 11, 28195 Bremen.

Bitte beschreiben Sie die **jetzigen Probleme** Ihres Kindes! (Sie können gerne auch ein separates Blatt verwenden)

---

---

---

---

Bitte beschreiben Sie auch, mit welchen **Zielen** Sie eine Behandlung Ihres Kindes anstreben!

---

---

---

---

**Ohne diese Angaben kann der Termin zum Erstgespräch nicht vereinbart werden!**

**Bitte zurücksenden!**

**Anschrift des getrennt lebenden  
Elternteils**

Name, Vorname

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

An das  
NIVT  
Bredenstraße 11  
28195 Bremen

**Einverständniserklärung**

für getrennt lebende bzw. geschiedene Eltern, die beide sorgeberechtigt sind.

Ihr Kind ist von der Mutter / dem Vater zu einer psychotherapeutischen Behandlung in unserem Institut angemeldet worden.

Zur Durchführung der Psychotherapie benötigen wir Ihr Einverständnis.

Bitte senden Sie uns dieses Blatt umgehend ausgefüllt zurück.

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass mein Sohn / meine Tochter

(Name, Vorname)

(Geburtsdatum)

im NIVT, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapieambulanz, behandelt wird.

**Ort, Datum**

\* Ihre Einwilligung können Sie jederzeit widerrufen. Durch den Widerruf wird die Rechtmäßigkeit, der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung der Daten nicht berührt. Den Widerruf können Sie schriftlich richten an: NIVT, Bredenstraße 11, 28195 Bremen.

**Unterschrift getrennt lebenden Elternteil\***

Bitte zurücksenden!

## **Entbindung von der Schweigepflicht**

Name; Vorname: \_\_\_\_\_

Geb. Datum: \_\_\_\_\_

Wohnadresse: \_\_\_\_\_

**Bitte kreuzen Sie an, ob Sie die Zusendung eines Berichtes wünschen oder nicht!**

- Das Erstgespräch mit der Ambulanzleitung des NIVT wird in einem Bericht dokumentiert. Ich entbinde die Ambulanzleitung von der Schweigepflicht und wünsche die Zusendung des Berichtes an meinen Hausarzt/Facharzt an folgende Adresse:

Name des Arztes: \_\_\_\_\_

Praxisadresse: \_\_\_\_\_

- Ich wünsche keine Zusendung des Berichtes.

Unterschrift\*: \_\_\_\_\_

Bremen, den \_\_\_\_\_

\* Ihre Einwilligung können Sie jederzeit widerrufen. Durch den Widerruf wird die Rechtmäßigkeit, der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung der Daten nicht berührt. Den Widerruf können Sie schriftlich richten an: NIVT, Bredenstraße 11, 28195 Bremen.