

Elternbrief/Patientenbrief

Liebe Eltern/Erziehungspersonen,

Sie haben Ihr Kind in der Praxis für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie Simon zu einer ambulanten Psychotherapie angemeldet. Zu Beginn der Behandlung möchten ich Sie mit dem Grundgedanken meines Arbeitens sowie mit einigen Regeln und Abläufen meiner unserer Praxis vertraut machen. Mit Ihrer Unterschrift zeigen Sie sich mit den dort beschriebenen Punkten einverstanden.

- Meine therapeutische Arbeit ist **tiefenpsychologisch orientiert** und basiert auf folgendem Grundgedanken: Psychische Belastungen, die auch zu problematischen Verhaltensweisen führen, sind meist die Folge von ungelösten innerseelischen (meist unbewussten) Konflikten. Durch Gespräche, Spiele und kreatives Arbeiten in der Beziehung mit dem Therapeuten/Therapeutin wollen wir uns diesen unbewussten Anteilen nähern und ein Mehr an Selbst-Verstehen und Selbst-Erfahrung (Bewusstsein) ermöglichen. Hierdurch lässt sich eine Besserung in der Befindlichkeit und eine Verringerung des problematischen Verhaltens erreichen..
- Neben den Einzeltherapie-Sitzungen mit Ihrem Kind wird es auch sogenannte **Bezugspersonengespräche** (Eltern, Betreuern..) geben: diese sind fester und notwendiger Bestandteil der Therapie. Bei eher jungen Erwachsenen wird in gemeinsamer Absprache mit allen Beteiligten die Teilnahme von Bezugspersonen geklärt.
- Weder aus den Einzelsitzungen noch aus den Bezugspersonensitzungen werden irgendwelche Inhalte ohne Ihr Wissen und Erlaubnis nach außen dringen. In den Bezugspersonengesprächen fühle ich mich zudem an die **Schweigepflicht** gegenüber Ihrem Kind gebunden. Ich werde Ihnen deshalb aus der Therapie mit Ihrem Kind keine Details berichten, wenn ich es nicht vorher mit Ihrem Kind abgesprochen haben. Sie können sich aber darauf verlassen, dass ich Sie bei schwerwiegenden Umständen immer informieren werde, damit gemeinsam notwendige Schritte unternommen werden können.
- Bei jüngeren Patienten und Patientinnen (ca. 4-11 Jahre) können Sie Ihrem Kind gerne Hausschuhe oder Socken für die Spieltherapie mitgeben.
- Bitte Denken Sie daran, dass an jedem Quartalsanfang die **Krankenkassenkarte** Ihres Kindes neu eingelesen werden muss. Eine Überweisung benötige ich nicht.

- Bitte haben Sie dafür Verständnis, dass ein Termin, der nicht eingehalten werden kann 48 Stunden vorher abgesagt werden muss. Erfolgt bis 48 Stunden vorher keine Absage, so stelle ich Ihnen ein **Ausfallhonorar** von 45 Euro in Rechnung.
- Bitte haben Sie weiterhin dafür Verständnis, dass ich (aufgrund laufender Therapiesitzungen) **erst ab 5 Minuten** vor dem abgesprochenen Termin Ihnen die Tür öffnen kann.
- Während der **Schulferien** laufen die Therapien grundsätzlich weiter. Abwesenheitszeiten z.B. auf Grund von Ferienreisen teilen Sie mir bitte frühzeitig mit, damit wir im Vorhinein gemeinsam gut planen können.
- Während meines Urlaubes oder in Krankheitssituationen vertritt mich in akuten Krisensituationen Frau Lefebber: 0521/ 329 43 888. Sie haben in **Krisen** immer die Möglichkeit den kinder- und jugendpsychiatrischen Dienst der Stadt Bielefeld (0521 516713), oder außerhalb der Arbeitszeiten den Krisendienst der Stadt Bielefeld (0521 3299285) zu kontaktieren.
- Ich bitte Sie, bei Unklarheiten, Unsicherheiten und Fragen, die sich im Zusammenhang der Therapie Ihres Kindes ergeben, das Gespräch mit mir zu suchen. **Sprechen oder rufen Sie mich an.** Falls Sie mich nicht sofort persönlich erreichen, hinterlassen Sie mir eine Nachricht auf dem Anrufbeantworter. Ich rufe dann zurück.
- Für die **Handy** Besitzer unter unseren Patienten: bitte vor den Sitzungen das Handy ausschalten, damit die therapeutische Arbeitsatmosphäre nicht von außen gestört wird.

Vielen Dank.

Einverständniserklärung

(verbleibt bei Ihnen)

Wir haben den Elternbrief gelesen und sind mit den dort genannten Punkten einverstanden.

Ja ☐

Nein ☐

Wir möchten, dass der Hausarzt regelmäßig (zum Anfang, zum Ende sowie quartalsweise) über die Therapie einen Bericht erhält. (entsprechend §73 Abs. 1b Sozialgesetzbuch).

Ja ☐

Nein ☐

Name und Adresse des Arztes:

Name des Patienten

Unterschrift des Patienten

Unterschrift der Eltern/ Erziehungspersonen/ gesetzl. Vertreter

Datum/Ort

Dipl.-Psych. Ulrich Simon
Kiskerstr.19
33615 Bielefeld

Tel: 0521 3294 3887

Fax: 0521 3294 3889

Email: simon.kjpt@bitel.net

web: www.simon-kjpt-praxis.de

Einverständniserklärung

(für die Praxis Simon)

Wir haben den Elternbrief gelesen und sind mit den dort genannten Punkten einverstanden.

Ja ☐ Nein ☐

Wir möchten, dass der Hausarzt regelmäßig (zum Anfang, zum Ende sowie quartalsweise) über die Therapie einen Bericht erhält. (entsprechend §73 Abs. 1b Sozialgesetzbuch).

Ja ☐ Nein ☐

Name und Adresse des Arztes:

Name des Patienten

Unterschrift des Patienten

Unterschrift der Eltern/ Erziehungspersonen/ gesetzl. Vertreter

Datum/Ort