

## Leitfaden: Aufnahme in unserer Ausbildungsambulanz

Sehr geehrte Damen und Herren,  
in unserer Ambulanz ist das Vorgehen wie folgt:

### 1 Telefonischer Erstkontakt

Die Eltern bzw. Sorgeberechtigten rufen zu unseren telefonischen Sprechzeiten (diese finden Sie auf unserer Website) unter der Nummer **069 / 798 23986** an. Dort werden die allgemeinen Kontaktdaten aufgenommen sowie kurz der Grund, weshalb das Kind / der\*die Jugendliche eine Therapie beginnen möchte. Kontaktaufnahmen über E-Mail können wir nicht beantworten. Falls Sie uns nicht zu unseren Sprechzeiten erreichen können, sind unsere Kapazitäten bedauerlicherweise ausgeschöpft. In dringenden Fällen wenden Sie sich bitte an die für Sie zuständige psychiatrische Klinik.

### 2 Einverständniserklärung der Sorgeberechtigten

Um die Anmeldung gültig zu machen, wird die Zustimmung aller Sorgeberechtigten benötigt. Das entsprechende Formular finden Sie im Anhang. Wir möchten Sie bitten, uns die Einverständniserklärung innerhalb von 3 Monaten postalisch oder per Fax (E-Mail können wir nicht annehmen) zukommen zu lassen, andernfalls werden die Daten des Kindes aus unserem System gelöscht.

### 3 Erstgespräch

Sobald die Einverständniserklärung bei uns eingegangen ist, wird Ihr Kind einer/einem Erstgesprächstherapeut\*in zugeteilt. Diese melden sich i.d.R. innerhalb von 3-4 Wochen telefonisch unter der von Ihnen angegebenen Nummer, um einen Termin für ein Erstgespräch auszumachen. Punktuell kann es zu Verzögerungen kommen, wir bitten um Ihr Verständnis. Das Erstgespräch dient dem Kennenlernen und der/die Erstgesprächstherapeut\*in erhält einen Überblick über die Symptomatik Ihres Kindes. Anschließend werden Empfehlungen und das weitere Vorgehen besprochen, um Ihr Kind optimal unterstützen zu können.

### 4 Warteliste

Falls wir Ihrem Kind eine ambulante Verhaltenstherapie empfehlen, nehmen wir es automatisch auf unsere Warteliste auf. Die Dauer der Wartezeit ist vor allem von unseren aktuellen Kapazitäten und Ihren möglichen Therapiezeiten, die Sie im Erstgespräch angeben, abhängig. Je größer der von Ihnen angegebene Zeitraum, desto mehr zeitliche Überschneidungen gibt es mit möglichen Therapeut\*innen. **Konkrete Auskunft über die Position auf der Warteliste können wir nicht geben**, da die Warteliste ein dynamischer Prozess ist.

Sobald ein\*e Therapeut\*in freie Kapazitäten hat um Ihr Kind aufzunehmen, meldet diese\*r sich telefonisch bei Ihnen. Von nun an geht jeglicher Kontakt über die jeweilige Therapeut\*in. Falls zum Beispiel aufgrund von zeitlichen Schwierigkeiten mit der\*dem Therapeut\*in keine Therapie zustande kommen kann, wird Ihr Kind automatisch an andere Therapeut\*innen unserer Ambulanz vermittelt. Die Wartezeit wird dabei angerechnet.

01. Januar 2024

**Institut für Psychologie und Sportwissenschaften**

**Dekanin**  
Prof. Dr. Sonja Rohrmann

**Zentrum für Psychotherapie der Goethe-Universität Psychotherapie-Ambulanzen für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene**

**Vertretungsprofessur**  
Dr. Katharina Szota

**Stellvertretende Ambulanzleitung**  
Dr. Susan Muriel Schwarz

**Wissenschaftliche Geschäftsführung**  
M.Sc. Psych. Lara Peil

**Kaufmännische Leitung**  
M.Sc. Psych. Priyanga Kaczmarek

**Besucheradresse**  
Varrentrappstraße 40 – 42, 1.OG  
60486 Frankfurt am Main

**Postadresse**  
Postfach 11 19 32, Fach 65  
60054 Frankfurt am Main  
Germany

**Sekretariat Psychotherapie**  
Telefon +49 (0)69 798 23986  
Telefax +49 (0)69 798 23983  
sekretariat-kiju@zpt-gu.de  
<https://www.psychologie.uni-frankfurt.de/49970100>

**Sekretariat Aus- und Weiterbildung**  
Telefon +49 (0)69 798 23972  
Telefax +49 (0)69 798 23983  
kijt-ausbildungsprogramm@zpt-gu.de  
<https://www.psychologie.uni-frankfurt.de/53236555>



## K

### Klinikaufenthalte

Geben Sie uns bzw. Ihre\*m Therapeut\*in bitte telefonisch oder schriftlich Bescheid, falls Ihr Kind vor oder während der Behandlung einen stationären oder teilstationären Klinikaufenthalt hat. Für die Dauer des stationären Aufenthalts wird Ihrem Kind dann kein\*e Therapeut\*in zugeteilt, die Wartezeit bleibt erhalten. Melden Sie sich bitte unbedingt in unserer telefonischen Sprechstunde am Tag der Entlassung, sodass wir ein neues Erstgespräch vereinbaren können.

## S

### Schweigepflichtsentbindungen

Falls jemand anderes als die Sorgeberechtigten das Kind anmelden wollen, muss eine Schweigepflichtsentbindung für diese Person(en) vorab postalisch oder per Fax bei uns eingehen. Die Vorlage finden Sie im Anhang dieses Dokuments.

Wir empfehlen, direkt die ausgefüllte Einverständniserklärung der Sorgeberechtigten mitzuschicken, sodass beide Dokumente bereits vorliegen.

## F

### Fragen

Bei jeglichen weiteren Fragen zum Ablauf können Sie sich gerne jederzeit telefonisch zu unseren Sprechzeiten melden.

## Einverständniserklärung

Um im Zentrum für Psychotherapie der Goethe-Universität Frankfurt, Bereich Kinder und Jugendliche als Patient/in aufgenommen werden zu können, wird die Zustimmung aller Sorgeberechtigten benötigt.  
Daher möchten wir Sie bitten, diese Einverständniserklärung zu unterschreiben und sobald wie möglich an uns zurückzusenden, damit wir Ihnen einen Termin für ein Erstgespräch anbieten können.

**Ambulanzen**  
**Kinder- und Jugendpsychotherapie**  
J.W. Goethe Universität  
Postfach 11 19 32  
Fach 65  
Frankfurt am Main 60054

Das Sorgerecht liegt	<input type="checkbox"/> <b>alleinig</b> <input type="checkbox"/> <b>gemeinsam</b>	bei folgender Person/folgenden Personen:
sorgeberechtigte Person 1 <input type="checkbox"/>	..... (Vorname Name)	geb. am: ..... (Geburtsdatum – TT.MM.JJJJ)
sorgeberechtigte Person 2 <input type="checkbox"/>	..... (Vorname Name)	geb. am: ..... (Geburtsdatum – TT.MM.JJJJ)
..... <input type="checkbox"/>	..... (andere Person) (Vorname Name)	geb. am: ..... (Geburtsdatum – TT.MM.JJJJ)
<b>Beziehungsstatus der sorgeberechtigten Personen:</b>		
<input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> in Partnerschaft lebend <input type="checkbox"/> sonstiges: .....		
<input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet		
<input type="checkbox"/> getrennt <input type="checkbox"/> ledig		
<b>Hiermit erkläre ich mich/ erklären wir uns einverstanden, dass</b>		
Gender des Kindes:		
<input type="checkbox"/> männlich ..... (Vorname Name – des Kindes)		
<input type="checkbox"/> weiblich .....		
<input type="checkbox"/> non-binär .....		
geb am: ..... (TT.MM.JJJJ – Geburtsdatum des Kindes)		
im Zentrum für Psychotherapie der Goethe-Universität gemäß den Psychotherapie-Richtlinien des gemeinsamen Bundesausschusses (Fassung vom 19.01.2009) behandelt wird. Dieses Einverständnis kann jederzeit schriftlich widerrufen werden.		

Bitte vermerken Sie hier eine **Telefonnummer** für eventuelle Rückfragen: .....

.....  
(Ort, Datum)

.....  
(Unterschrift – sorgeberechtigte Person 1)

.....  
(Ort, Datum)

.....  
(Unterschrift – sorgeberechtigte Person 2)

.....  
(Ort, Datum)

.....  
(Unterschrift – andere sorgeberechtigte Person)



**Schweigepflichtsentbindung** betreffend:

.....  
(Vorname, Name von Patient/in + Geburtsdatum)

Hiermit entbinde ich,

.....  
(Vorname, Name von Sorgeberechtigte/r)

geboren am:

.....  
(Geburtsdatum von Sorgeberechtigte/r)

wohnhaft in:

.....  
(Straße + Hausnummer)

.....  
(PLZ + Ort)

die Mitarbeitenden des Zentrums für Psychotherapie, Bereich Kinder & Jugendliche

von der gemäß §203 StGB wechselseitigen Schweigepflicht gegenüber:

.....  
(Name/n und ggf. Institution/en, mit der/denen gesprochen werden darf)

.....

.....

Zu folgendem Zweck: **Anmeldung und Kommunikation**

.....

Diese Entbindungserklärung kann jederzeit schriftlich für die Zukunft widerrufen werden.

.....  
(Ort, Datum)

.....  
(Patient/in)

.....  
(Ort, Datum)

.....  
(Sorgeberechtigte/r oder Gesetzliche/r Vertreter/in)

