**Therapieplan** für das **1. Behandlungsjahr** bei Inanspruchnahme einer **Psychotherapie**

im Rahmen der Präventivhilfen nach dem StKJHG

Sehr geehrte Psychotherapeutin, sehr geehrter Psychotherapeut!

Für die Gewährung eines Kostenzuschusses für die Psychotherapie sind nachfolgende Angaben notwendig - **um diese Daten vertraulich behandeln zu können, ist es erforderlich, dass dieser Therapieplan von Ihnen in einem verschlossenen Kuvert der zuständigen, behördlichen Kinder- und Jugendhilfe/ Amtspsychologie übermittelt wird:**

|  |  |
| --- | --- |
| Name der Institution (Stempel):     Behandelnde/r PsychotherapeutIn (Stempel):      | Name des/der KlientIn:     Vers. Nr.:      geb.:      Anschrift:     Name, Adresse und Telefonnummer des/r Erziehungsberechtigten:      |

1. Konsultationsgrund/Überweisungsgrund:
2. Diagnose (ICD 10 Codierung und verbale Zuordnung):
3. Exploration (umfassende Beschreibung der Problematik/Angaben zur Symptomatik):
4. Begründung der Behandlungsbedürftigkeit/Intensität der Symptomatik:
5. Therapiemethoden:
6. Therapieziele:
7. Therapiesetting:

Ausmaß für Kind/Jugendliche/n: \_\_\_\_EH [ ]  Einzeltherapie \_\_\_EH [ ]  Gruppentherapie

Ausmaß für Bezugsperson/en: (mindestens 1/5 der Therapieeinheiten):

 \_\_\_\_EH [ ]  Einzeltherapie \_\_\_EH [ ]  Gruppentherapie

1. Frequenz:
2. Wurde bereits eine Psychotherapie in Anspruch genommen, wenn ja – wann und mit welcher Problematik/Diagnose?

Datum, Unterschrift des/der entscheidungsfähigen Mj:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

Datum, Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten (nur bei nicht entscheidungsfähigem Mj.):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

 Datum, Unterschrift der/des PsychotherapeutIn: