**Therapieplan** für das  
**2. Behandlungsjahr** bei Inanspruchnahme einer **Psychotherapie** im Rahmen der Präventivhilfen

nach dem StKJHG

Sehr geehrte Psychotherapeutin, sehr geehrter Psychotherapeut!

Für die Gewährung eines Kostenzuschusses für das 2. Behandlungsjahr sind folgende 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 der/des Klientin/en    Vers. Nr.:  geb.:  Anschrift:  Name, Adresse des/r Erziehungsberechtigten:    Plz.:     , Ort:       🕿 |

1. Welche Symptomatik/Auffälligkeiten wurde/n behandelt (ICD 10 Codierung und eindeutige verbale Zuordnung)?
2. Angaben zur Intensität der Symptomatik/Auffälligkeit:
3. Zusammenfassende Einschätzung des Therapieverlaufs seit Beginn (Ziele im ersten Therapieplan und darauf bezogene Veränderungen im Behandlungszeitraum; was hat sich auf Verhaltensebene verändert, was ist gleich geblieben, was ist neu dazugekommen):
4. Verwendete Methode:
5. Begründung, warum die Psychotherapie nicht beendet werden konnte und eine Fortsetzung notwendig ist:
6. Wie viele Sitzungen haben, in welcher Frequenz, von wann bis wann stattgefunden:
7. Nun vorgesehene Methode:
8. Therapiesetting:

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

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

\_\_\_\_\_\_\_\_EH  Einzeltherapie  
\_\_\_\_\_\_\_\_EH  Gruppentherapie

1. Für wie viele Sitzungen wird ein Kostenzuschuss beantragt?
2. Welche Sitzungsfrequenz ist geplant?
3. Behandlungsziele:
4. zusätzliche Bemerkungen:

Datum, Unterschrift des/der entscheidungsfähigen Mj:

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

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

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

Datum, Unterschrift des/der TherapeutIn:

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