

SOZIOTHERAPEUTISCHER BETREUUNGSPLAN

Muster 27 – Selbstzahler-Setting | Version 1.0

KLIENT*IN-DATEN

Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Anschrift	
Telefon / E-Mail	
Datum Aufnahme	
Behandlungsform	<input type="checkbox"/> Ambulant <input type="checkbox"/> Aufsuchend <input type="checkbox"/> Hybrid

1. ANAMNESE / ALLGEMEINE SITUATION

1.1 Aktuelle Lebenssituation

Wohnsituation, Familie, Erwerbsstatus, Soziales Netzwerk:

1.2 Krankengeschichte

Frühere Behandlungen, Diagnosen, Besonderheiten:

1.3 Körperliche Gesundheit & Substanzkonsum

Med. Diagnosen, Medikation, Nikotin/Alkohol/Drogen:

2. DIAGNOSE / STÖRUNGSBESCHREIBUNG

2.1 Psychische/Psychosoziale Belastung (ICD-10/11)

Primäre Belastung / Sekundäre Faktoren:

2.2 Funktionale Beeinträchtigungen

- ☐ Alltagsfähigkeiten
- ☐ Berufsfähigkeit
- ☐ Beziehungen

- ☐ Soziale Kontakte
- ☐ Selbstkompetenz
- ☐ Krisenbewältigung

2.3 Ressourcen & Stärken

Persönliche Stärken, Soziales Netzwerk, Bewältigungsstrategien:

3. ZIELE DER SOZIALTHERAPIE

3.1 Fernziele (6–12 Monate)

Was soll langfristig erreicht sein?

3.2 Nahziele (4–8 Wochen)

Konkrete Ziele für die nächste Phase:

3.3 Prioritäten der Klient*in

Was ist dem Klienten/der Klientin selbst am wichtigsten?

4. INDIKATION FÜR SOZIALTHERAPIE

Die Soziotherapie ist indiziert, weil:

- ☐ Erhebliche Funktionsbeeinträchtigungen in mehreren Lebensbereichen
- ☐ Psychische Stabilisierung durch Unterstützung erforderlich
- ☐ Lebenspraktische Fähigkeiten aufgebaut/gefestigt werden müssen

- ☐ Soziale Reintegration angestrebt wird
- ☐ Familiäre Prozesse/Mediation unterstützt werden sollen
- ☐ Krisenbewältigung und Ressourcenaktivierung notwendig sind

5. BEHANDLUNGSPLAN / MASSNAHMEN

5.1 Behandlungsinhalte & Methoden

Behandlungsbereich	Maßnahmen	Häufigkeit
Stabilisierung / Krisenintervention		
Alltagsstrukturierung		
Berufliche Orientierung		
Familiäre Prozesse / Mediation		
Soziale Kompetenzentwicklung		
Psychosoziale Beratung		

5.2 Therapiefrequenz & -dauer

☐ 1x/Woche ☐ 2x/Woche ☐ Nach Bedarf

Sitzungsdauer: _____ (z.B. 60 Min)

Geplante Gesamtdauer: _____ (z.B. 12 Wochen)

5.3 Kooperationspartner & Netzwerk

Ärzte, Therapeuten, Behörden, Selbsthilfe:

6. DATENSCHUTZ & KOSTENVEREINBARUNG

6.1 Datenschutzerklärung (DSGVO)

Einwilligung zur Datenverarbeitung:

Ich habe die Datenschutzerklärung zur Kenntnis genommen. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten und Gesundheitsdaten im Rahmen der Sozialtherapie verarbeitet werden. Diese werden streng vertraulich behandelt und nur zum Zweck der Behandlung verwendet. Eine Weitergabe an Dritte erfolgt nur mit meiner ausdrücklichen Einwilligung oder bei gesetzlicher Verpflichtung.

Einwilligung erteilt: ☐ Ja ☐ Nein Datum: _____

Unterschrift Klient*in

6.2 Kostenvereinbarung (Selbstzahler-Basis)

Wichtiger Hinweis:

Die erbrachten Leistungen (Sozialtherapie und sozial-pädagogisches Gutachten) stellen keine heilkundliche Tätigkeit dar und erfolgen ohne medizinische oder psychotherapeutische Klassifikation und Behandlung im Sinne des Psychotherapeutengesetzes (PsychThG) oder des Heilpraktikergesetzes (HPG). Es findet keine Diagnose, Behandlung oder Heilung von Krankheiten statt. Die Leistungen sind daher in der Regel nicht erstattungsfähig durch gesetzliche oder private Krankenversicherungen.

Die Sozialtherapie wird auf Selbstzahler-Basis erbracht:

Leistung	Betrag (EUR)
Einzelsitzung (60 Min)	_____
Doppelsitzung (90 Min)	_____
Hausbesuch / Aufsuchend	_____
Familienarbeit / Mediation	_____

Zahlungsmodalität:

- ☐ Pro Sitzung
☐ Monatlich
☐ Nach Vereinbarung

Absageregelung:

Absagen müssen mind. 48 Stunden vorher erfolgen, andernfalls wird die Sitzung in Rechnung gestellt.

6.3 Bankdaten & Zahlungshinweise

Kleinunternehmerregelung:

Im ausgewiesenen Betrag ist gemäß § 19 UStG keine Umsatzsteuer enthalten.

Bitte zahlen Sie den offenen Betrag binnen 14 Tagen unter Angabe der Rechnungsnummer auf das aufgeführte Konto.

Bankverbindung:

Kontoinhaber: Ingo Schniertshauer

Bank: Postbank
IBAN: DE59 3701 0050 0867 7045 06
BIC: PBNKDEFFXXX
Steuernummer: 201/2578/4927

Zahlungshinweis:

Gemäß §286 Absatz 3 BGB tritt spätestens 30 Tage nach Fälligkeit ohne vorherige Mahnung Verzug ein.

6.4 Vertragliche Regelungen

Die vorliegenden Vertragsbedingungen verstehen sich ergänzend zu den Allgemeinen Geschäftsbedingungen der Praxis der Sozialtherapie – Ingo Schniertshauer.

Sollten einzelne Bestimmungen dieses Vertrages von den AGB abweichen, so gilt die individuelle vertragliche Regelung vorrangig.

7. EINWILLIGUNG & GÜLTIGKEITSERKLÄRUNG

Erklärung der Klient*in:

Ich erkläre mich mit dem vorliegenden Betreuungsplan einverstanden. Ich habe die Ziele, Maßnahmen, Frequenz und Kostenvereinbarungen verstanden und akzeptiert.

Unterschrift Klient*in

Datum

Unterschrift Soziotherapeut*in:

Ich bestätige, dass dieser Betreuungsplan auf der Grundlage einer umfassenden Anamnese und Diagnostik erstellt wurde und den Anforderungen der professionellen Sozialtherapie entspricht.

Ingo Schniertshauer
Sozialtherapeut (ITPS-zertifiziert)

Datum

8. DOKUMENTATION & VERLAUFSKONTROLLE

Dokumentation von Zwischen- und Abschlussevaluationen:

Datum	Schwerpunkte / Aktivitäten	Veränderungen / Anpassungen	Initiale

--	--	--	--

AUSFERTIGUNGEN & GÜLTIGKEITSERKLÄRUNG

Dieses Dokument liegt in drei Ausfertigungen vor:

27a: Soziotherapeut*in / Praxisakte

27b: Klient*in (zur Mitnahme)

27c: Kooperationspartner (ggf. Hausarzt, Psychotherapeut, etc.)

NOTIZEN & BESONDERHEITEN

--