



**PD Dr. Katharina Klees**  
 Paar-, Sexual- & Traumatherapie  
 HPG-Psychotherapie  
 Landauer Str. 10  
 67125 Dannstadt-Schauernheim  
 Tel: 06231/ 632 913 7  
 Mobil: 0170 779 16 22  
 katharinaklees@aufwindinstitut.com

## Vereinbarungen für die Gruppenarbeit

Kundennummer VoNaTTMM		
	Frau	Herr
Vorname & Name		
Beruf		
Straße & Hausnummer		
Postleitzahl & Ort		
Telefon		
Mobil		
Email-Adresse		
geboren am		
Gruppe 180,- Euro pro Monat per Dauerauftrag an: Dr. Katharina Klees VR-Bank Südliche Weinstraße IBAN: DE4254891300000497517		
Sonstige Vereinbarungen		

Die Teilnahme an der Gruppe ist grundsätzlich unbefristet. Der Gruppenvertrag kann jederzeit unter Einhaltung von 3 Abschiedsabenden gekündigt werden.

Diese Vereinbarungen können ohne Angabe von Gründen innerhalb von **14 Tagen nach Unterzeichnung schriftlich widerrufen** werden. Es entfallen dann nur die Kosten der tatsächlich stattgefundenen Sitzungen und des ggf. nicht rechtzeitig abgesagten (innerhalb von 36 Stunden) nächsten Termins.

Abgesagte Termine von Seiten des Aufwind-Institutes werden unverzüglich durch einen neuen Terminvorschlag der Therapeutin ausgeglichen.

**Unterbrechungen** der abgestimmten Frequenz oder die Dauer der Sitzungen werden nicht per Telefon, Mail, Fax oder sms mitgeteilt, sondern in den Sitzungen abgestimmt

Alle **Veränderungen** der vertraglich bedingten Aushandlungen und organisatorische Fragen werden innerhalb der Sitzungen besprochen.



**Grundsätzlich ist mindestens ein Abschiedstermine wünschenswert.** Dieser Termine gilt dem Abschluss der gemeinsamen Arbeit und der Reflexion des Entschlusses, die gemeinsame Arbeit zu beenden.

**Das monatliche Honorar für die Gruppe wird grundsätzlich über einen Dauerauftrag ein gerichtet.**

Gerne entlastet das Aufwind-Institut Sie mit der Rechnungstellung.

Gläubiger-Identifikationsnummer DE38ZZZ00001321589

**SEPA-Lastschriftmandat**

Ich ermächtige das Aufwind-Institut, die vereinbarten Zahlungen von meinem Konto einzuziehen. Zugleich weise ich meine Bank an, die vom Aufwind-Institut vom meinem Konto eingezogenen Lastschriften einzulösen. Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Beitrags verlangen. Es gelten dabei die mit meiner Bank vereinbarten Bedingungen.

Name und Vorname (Kontoinhaber)

.....

Straße und Hausnummer

.....

Postleitzahl und Ort

.....

Bankdaten (Name und BIC)

DE \_\_ / \_\_ \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_  
IBAN

Datum und Unterschrift

.....

**Ziele:**

Was will ich erreichen?

.....

Was will ich verändern?

.....

Was bin ich bereit dafür zu tun?

.....

Wie kann ich Verantwortung für das Erreichen meiner Ziele übernehmen?

.....

## Gruppenregeln

- Wir beginnen pünktlich und beenden den Abend gemeinsam.
- Handys sind auszuschalten.
- An jedem Gruppenabend gibt es eine Pause von 10-15 Minuten.
- Wer nicht kann, sagt ab. Möglichst mit Begründung. Schlecht fühlen gilt als Begründung nicht.
- Schuhe bleiben vor dem Gruppenraum.
- Redet eine Person allein, dann hören alle voller Aufmerksamkeit zu.
- Keine Seitengespräche führen.
- Der Raum ist schön zu gestalten und ordentlich zu verlassen.
- Während der Gruppenarbeit nicht hinauslaufen.
- Wir reden regelmässig über die Regeln.
- Störungen haben Vorrang.
- Was in der Gruppe besprochen wird, darf nicht anderen erzählt werden.
- Jeder redet über Gefühle, anstatt zu kritisieren.
- Es wird in Ich-Form gesprochen, nicht man oder wir.
- Es ist in Ordnung, bei Regelbruch auch eine Entschuldigung auszusprechen.
- Jede ist in der Gruppe für sich selbst verantwortlich.

## Eigener Beitrag zum Erfolg der Therapie

- Ich bin bereit, über die gemeinsame Beziehung zu reflektieren.
- Ich prüfe alle Anregungen, Hinweise und Empfehlungen zur Weiterentwicklung selbstverantwortlich.
- Ich teile mich möglichst offen mit und spreche auch unangenehme Dinge an.
- Ich arbeite auch außerhalb der Sitzungen aktiv an meiner Persönlichkeitsentwicklung.
- Ich reflektiere regelmässig schriftlich zu den Sitzungen und bespreche diese Aufzeichnungen in der Therapie / Beratung.
- Ich räume der Therapie / Beratung hohe Priorität in meinem Leben ein.
- Ich bespreche vor allem Misstrauen, den Wunsch aufzuhören und Widerstände gegen aktive Mitarbeit.
- Ich weiß, dass die Therapie / Beratung mein Leben sehr verändern kann und bin bereit, mich diesen Veränderungen zu stellen.
- Ich überprüfe meine Gefühle und Hypothesen, mein Handeln und die Wirkung auf mein Leben und die erzielten Ergebnissen.
- Ich habe das Recht NEIN zu sagen, Grenzen zu setzen, eine Veränderung nicht zu wollen.
- Ich akzeptiere, dass die therapeutische Beziehung sich von "normalen" Beziehungen durch die Fokussierung auf mich und meine Ziele unterscheidet.
- Ich weiß, dass ich Verantwortung für die gemeinsame Arbeit durch das Einhalten der abgestimmten Vereinbarungen übernehme, um zum Erfolg der Therapie beizutragen.

**Diese Regelungen sind Bestandteil der gemeinsamen Arbeit, damit bin ich/ sind wir (bei Paaren) grundsätzlich einverstanden:**

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift, Klient(en)

.....  
Unterschrift, K. Klees