

Georg-August-Universität Göttingen  
Abteilung Klinische Psychologie und Psychotherapie  
z. Hd. Frau Dipl.-Psych. Dr. Carolin Fernandez Castelao  
Goßlerstr. 14  
37073 Göttingen

**Anmeldeformular für die Teilnahme  
am internetgestützten Selbsthilfetraining  
"Stopp den Kopfschmerz"**

*(Bitte in Blockschrift ausfüllen)*

---

Titel	Vorname	Name
-------	---------	------

---

PLZ	Ort	Adresse
-----	-----	---------

---

Tel.	Email
------	-------

Ich melde mein Kind

---

Vorname	Name	Alter
---------	------	-------

verbindlich zur Teilnahme am internetgestützten Selbsthilfetraining "Stopp den Kopfschmerz" an. Mit meiner Unterschrift bestätige ich die oben stehenden Angaben und nehme zustimmend zur Kenntnis, dass die derzeit festgesetzte Teilnahmegebühr Euro 120,-- beträgt.

---

Datum, Unterschrift



Dipl.-Psych. Dr. C. Fernandez Castelao  
Goßlerstr 14  
37073 Göttingen  
Tel.: 0551 / 39-4159  
sdk.tbz@uni-goettingen.de

## Elterliche Einwilligung

Name der Eltern:

Anschrift:

Telefonnummer:

Name des Kindes:

### Einwilligung in das Online-Training

Hiermit erkläre ich mich mit dem vorgesehenen Online-Training für mein Kind einverstanden.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass sich der Erfolg des Trainings nur einstellen kann, wenn die Trainingsanweisungen beachtet werden. Ebenso bin ich über die Sicherheitsvorkehrung zum Schutz der Daten meines Kindes aufgeklärt worden und darüber, dass dieses Online-Training keine individuelle und persönliche Beratung oder Psychotherapie ersetzt. Ein Arzt hat das Vorliegen einer Migräne oder eines Spannungskopfschmerzes oder einer anderen primären Kopfschmerzzerkrankung bestätigt.

Ich stimme folgenden Vereinbarungen zu:

- Ich werde mein Kind unterstützen und anregen, die „Trainingsaufträge“ zu Hause durchzuführen. Die Verantwortung dafür verbleibt jedoch bei meinem Kind.
- Ich werde mein Kind anhalten, wöchentlich die Trainingsinhalte der Web-Seite [www.stopp-den-kopfschmerz.de](http://www.stopp-den-kopfschmerz.de) zu bearbeiten und per Email eine Rückmeldung an die Betreuerin zu schicken.
- Ich stimme zu, dass der Schriftverkehr zwischen meinem Kind und der Trainerin über einen normalen E-mailkontakt verläuft.
- Ich bin dazu bereit, 4 Wochen und 6 Monate nach Abschluss des Trainings Rückmeldung über den Erfolg des Programms zu geben (mittels Fragebogen).

Der Zugang zum Programm wird gesperrt, wenn mein Kind 3 Mal hintereinander keine Rückmeldung über die Trainingseinheit gibt.

Mir ist ferner versichert worden, dass sämtliche an der Betreuung des Programms einbezogene Personen an die Schweigepflicht hinsichtlich aller wichtigen Daten über mein Kind gebunden sind, und sämtliche anfallende Daten anonymisiert verarbeitet werden.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift

# Stopp den Kopfschmerz!

## Vertrag zwischen

.....  
(Teilnehmer/in)

und

.....  
(Trainer/in)

Ich möchte an dem Online-Training teilnehmen. Das Training dauert ungefähr 6 Wochen.

Ich, (Dein Name) verspreche... Ich, Deine Trainerin, verspreche...

1. 4 Wochen vor Beginn des Internet-Trainings bis einschließlich 4 Wochen nach dem Training das Kopfschmerz-Tagebuch auszufüllen.

1. mich darum zu bemühen, Deine Emails sorgfältig und möglichst gleich zu beantworten.

2. wöchentlich die Trainingsinhalte zu bearbeiten und die Aufgaben in den Emails zu beantworten.

2. Dir so gut wie möglich dabei zu helfen, Deine Kopfschmerzen zu bewältigen.

3. meine Übungen zu machen und Fragen zu stellen, wenn ich etwas nicht verstehe.

3. Deine Daten und Antworten so sicher zu verwahren, dass sie kein Unbefugter einsehen kann

4. vor und nach dem Training und 6 Monate später noch einmal Fragebögen über mein Befinden auszufüllen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Teilnehmer/in

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Trainer