



Einverständniserklärung des/der Sorgeberechtigten zur Diagnostik und psychotherapeutischen Behandlung

Ich/wir sind ausdrücklich einverstanden, dass das Kind:

_____	_____	* ____ . ____ . ____
Vorname	Nachname	Geburtsdatum
_____		_____
Anschrift		Telefonnummer

- ☐ an Terminen zur diagnostischen Abklärung (ca. 5-7 Termine) teilnimmt.
- ☐ eine psychotherapeutische Behandlung erhält.
- ☐ an diagnostischen/therapeutischen Aktivitäten außerhalb der Praxisräume teilnimmt.

☐ Ich bin allein sorgeberechtigt. ☐ Es besteht ein gemeinsames Sorgerecht.

WICHTIG Bei gemeinsamem Sorgerecht muss das schriftliche Einverständnis beider Sorgeberechtigten vorliegen. Alternativ kann eine Vollmacht ausgestellt werden.

1. Sorgeberechtigte/r:

_____	_____
Vorname	Nachname
* ____ . ____ . ____	_____
Geburtsdatum	Telefonnummer

Anschrift	

2. Sorgeberechtigte/r:

_____	_____
Vorname	Nachname
* ____ . ____ . ____	_____
Geburtsdatum	Telefonnummer

Anschrift	

Datum, Unterschrift

Datum, Unterschrift

☐ Es wurde ein Vormund für die Gesundheitsfrage bestimmt.

Vorname

Nachname

Anschrift der Behörde

Telefonnummer

Datum, Unterschrift

Die Einverständniserklärung kann selbstverständlich jederzeit wieder zurückgezogen werden.