



Einverständniserklärung bei getrenntlebenden Sorgeberechtigten

Liebe Eltern,

um die Behandlung Ihres Kindes beginnen zu können, benötige ich aus rechtlichen Gründen die Zustimmung **aller** Sorgeberechtigten.

Ich bitte Sie deshalb, diesen Bogen auszufüllen und zu unterzeichnen.

Hiermit erkläre ich mich als Sorgeberechtigte/r, mit dem Erstgespräch, der psychotherapeutischen Diagnostik und ggf. anschließenden Behandlung meines Kindes/Mündels

Name _____ Vorname _____ geb. am _____

in der
Praxis für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie
Dipl. Pädagogin Nebahat Akbas
Mont-Cenis-Straße 302
44627 Herne

einverstanden.

Darüber hinaus ermächtige ich

die Mutter (Name): _____ oder

den Vater (Name): _____

alle hierfür notwendigen Schweigepflichtsentbindungen vorzunehmen, wie zum Beispiel für den Kinderarzt, andere behandelnde Therapeuten etc.

Ort, Datum

Unterschrift Sorgeberechtigte/r

Name des/der Unterzeichnenden: _____

Geburtsdatum des/der Unterzeichnenden: _____

Anschrift des/der Unterzeichnenden:

Telefonnummer:
