

## **Einverständnis in die Behandlung bei getrennt lebenden Sorgeberechtigten**

Bei getrennt lebenden, aber gemeinsam sorgeberechtigten Eltern wird das schriftliche Einverständnis des nicht anwesenden Elternteils in eine kinder- und jugendlichen-psychotherapeutische Vorstellung und ggf. Behandlung benötigt.

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass mein Kind  
\_\_\_\_\_ (Name des Kindes)

geb. am \_\_\_\_\_

in der Psychotherapeutischen Praxis Kulder untersucht und ggf. behandelt wird.

Darüber hinaus ermächtige ich folgende Person  
\_\_\_\_\_ (Name des anderen Elternteils) - alle nötigen  
Schweigepflichtsentbindungen (z.B. für den Hausarzt, Schule, Jugendamt, etc.) auszustellen  
und behandlungsrelevante Entscheidungen zu treffen (Therapiefortführung und -ende, Ein-  
bezug weiterer Personen und Institutionen, etc.). Mir ist bewusst, dass Kontaktaufnahme und  
Informationsaustausch zur behandelnden Praxis im Rahmen der geltenden Schweigepflicht  
jederzeit möglich ist und meiner eigenen Verantwortung unterliegt.

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Name des\*der Unterzeichnenden: \_\_\_\_\_

Anschrift des\*der Unterzeichnenden: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Telefonnummer des\*der Unterzeichnenden: \_\_\_\_\_