

Einverständniserklärung zur therapeutischen Behandlung

Liebe Eltern,

um die Behandlung Ihres Kindes beginnen zu können, brauchen wir laut §630d BGB (Patientenrechtegesetz) die schriftliche Einverständniserklärung **beider Eltern** bzw. **der Sorgeberechtigten**.

Name, Vorname des Kindes: _____ geb.: _____

Bitte zutreffendes ankreuzen:

gemeinsames Sorgerecht

alleiniges Sorgerecht Kindsmutter

alleiniges Sorgerecht Kindsvater

sonstige Regelungen (z. B. Vormund, Betreuer) _____

Ich/Wir erkläre/n mich/uns mit einer psychotherapeutischen Abklärung/Behandlung meines/unseres Kindes
(Name, Vorname, geb.)

_____ **einverstanden.**

Die Sorgeberechtigten bevollmächtigen sich gegenseitig zum Abschluss eines entsprechenden Behandlungsvertrages sowie zur Abgabe weiterer, im Rahmen der Durchführung des Behandlungsvertrages notwendiger Willenserklärungen, etwa zur Entbindung der Kinder- und Jugendambulanz von der Schweigepflicht. Dieser Vertrag sowie solche Erklärungen sollen für und gegen alle Sorgeberechtigten wirken.

Mutter: Name, Vorname, Anschrift

Mutter: Datum, Unterschrift

Vater: Name, Vorname, Anschrift

Vater: Datum, Unterschrift

Vormund: Name, Vorname, Anschrift

Vormund: Datum, Unterschrift

Bitte bringen Sie die Einverständniserklärung ausgefüllt und unterschrieben zum Erstgesprächstermin mit.
Vielen Dank.

Mit freundlichen Grüßen

CURION-Institut