

Behandlungseinverständnis der Sorgeberechtigten

Sehr geehrte Eltern/Erziehungsberechtigte,

um eine diagnostische Abklärung bzw. Behandlung Ihres Kindes beginnen zu können, wird in der Regel eine schriftliche Einverständniserklärung der Sorgeberechtigten benötigt.

Entsprechend erkläre ich mich / erklären wir uns mit einer kinder- und jugendlichenpsychotherapeutischen Diagnostik und Therapie für

Name des Patienten:

Geburtsdatum:

bei in der **kinder- und jugendlichenpsychotherapeutischen Praxis Tobias Emrich**
Rathenaustraße 29, 67547 Worms einverstanden.

Diese Erklärung kann jederzeit schriftlich für die Zukunft widerrufen werden.

Unterschriften aller Sorgeberechtigten (Zutreffendes bitte ausfüllen):

Datum

Mutter/ Adoptivmutter / Pflegemutter

Datum

Vater / Adoptivvater / Pflegevater

Datum

Amtsvormund / Betreuer

Bei alleinigem Sorgerecht:

Ich erkläre hiermit zusätzlich, dass ich das alleinige Sorgerecht für das oben genannte Kind besitze.

Datum

allein sorgeberechtigte Person

