

## **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:** \_\_\_\_\_

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

