



Praxis für Kinder- und
Jugendlichenpsychotherapie
(Systemische Therapie)
Markt 9
49716 Meppen

Einverständniserklärung der Sorgeberechtigten für die psychotherapeutische Behandlung und Diagnostik von Kindern und Jugendlichen

Hiermit erkläre ich, _____ [Name des Sorgeberechtigten],
in meiner Funktion als Sorgeberechtigte/r
von _____ [Name des Kindes/Jugendlichen], dass ich
mit der geplanten psychotherapeutischen Behandlung und Diagnostik einverstanden
bin.

Ich wurde umfassend über die Art der Behandlung, die Ziele, mögliche Risiken und
den Ablauf informiert. Mir ist bewusst, dass die Zustimmung aller Sorgeberechtigten
erforderlich ist, bevor die Behandlung beginnen kann.

Angaben zum Sorgerecht:
Bitte kreuzen Sie die zutreffende Option an:

Beide Elternteile haben das gemeinsame Sorgerecht.

Mutter hat alleiniges Sorgerecht.

Vater hat alleiniges Sorgerecht.

Gesetzlicher Vormund.

Ich stimme hiermit der Durchführung der psychotherapeutischen Maßnahmen zu und
bin damit einverstanden, dass mein Kind/Jugendlicher die vereinbarten
Therapiesitzungen und Diagnostik erhält.

Datum: _____

Unterschrift Sorgeberechtigte/r: _____

Name in Druckbuchstaben: _____