



# PSYCHOTHERAPEUTISCHE PRAXIS FÜR KINDER & JUGENDLICHE

DR. NATALIA BLEIKER-BUTH

## Einverständniserklärung

Für die Beantragung und Durchführung ambulanter Psychotherapien bei nicht einsichts- und einwilligungsfähigen Minderjährigen benötigen Psychotherapeuten die (schriftliche) Einverständniserklärung sorgeberechtigten Elternteile. Deshalb bitten wir Sie, dieses Formular auszufüllen, zu unterschreiben und an uns zurückzusenden. Wir danken im Voraus für Ihre Kooperationsbereitschaft.

\_\_\_\_\_  
Name des Kindes

\_\_\_\_\_  
Geburtstag des Kindes

### Bitte ankreuzen:

☐ Gemeinsames Sorgerecht

\_\_\_\_\_  
Namen

☐ Alleiniges Sorgerecht Mutter

\_\_\_\_\_  
Name

☐ Alleiniges Sorgerecht Vater

\_\_\_\_\_  
Name

☐ Sonstige Regelungen (z.B. Vormund, Betreuer)

\_\_\_\_\_  
Name

Ich/Wir erkläre/n mich/uns mit der Durchführung einer ambulanten Psychotherapie meines/unseres Kindes in der Praxis Bleiker-Buth für Kinder- und Jugendlichen-psychotherapie einverstanden. Außerdem stimme/n ich/wie zu, dass mein/unser Kind im Beisein des/der Therapeut/in die Praxisräume aus therapeutischen Gründen in der Therapie verlassen darf.

Mir/uns ist bewusst, dass ich/wir diese Einverständniserklärung widerrufen kann/können und uns in diesem Falle nahegelegt wurde, sich im Sinne des Kindeswohls vorher mit dem/der behandelnde/n Therapeut/in in Verbindung zu setzen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Mutter

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Vaters

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Vormunds