



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:

- | | |
|---|-------|
| <input type="checkbox"/> Gemeinsames Sorgerecht | Namen |
| <input type="checkbox"/> Alleiniges Sorgerecht Mutter | Name |
| <input type="checkbox"/> Alleiniges Sorgerecht Vater | Name |
| <input type="checkbox"/> 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
