



## Einverständniserklärung

Bei der psychotherapeutischen Behandlung von minderjährigen Patienten wird eine Zustimmung von den Sorgeberechtigten benötigt.

Im Falle eines gemeinsamen Sorgerechts bedarf es eines beidseitigen Einverständnisses zur Therapie.

Daher möchten wir Sie bitten, diese Einverständniserklärung unterschrieben zum Erstgespräch mitzubringen.

Zutreffendes bitte ankreuzen:

Das Sorgerecht liegt **alleinig** bei

Mutter  Vater

\_\_\_\_\_

Das Sorgerecht liegt **gemeinsam** bei  Mutter  Vater

\_\_\_\_\_

Beziehungsstatus der Eltern:  verheiratet

getrennt lebend

geschieden

unverheiratet

sonstiges: \_\_\_\_\_

Hiermit erkläre ich mich/erklären wir uns,

Herr/Frau \_\_\_\_\_, geb. am \_\_\_\_\_ und

Herr/Frau \_\_\_\_\_, geb. am \_\_\_\_\_ einverstanden,

dass mein/unser Sohn bzw. meine/unsere Tochter \_\_\_\_\_,

geb. am \_\_\_\_\_, in dem Facharztzentrum am Westend gemäß den Psychotherapie-

Richtlinien des gemeinsamen Bundesausschusses (Fassung vom 24.11.2016) behandelt wird.

Dieses Einverständnis kann jederzeit schriftlich widerrufen werden.

Frankfurt/Main, den:

\_\_\_\_\_  
Unterschrift sorgeberechtigte Mutter

\_\_\_\_\_  
Unterschrift sorgeberechtigter Vater

