



Praxis für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie
Nicole Gauler, Darmstädter Str. 27, 64331 Weiterstadt

Einverständniserklärung

Um in der Psychotherapeutischen Praxis als Kind/Jugendlicher aufgenommen zu werden, wird die Zustimmung des/der Sorgeberechtigten benötigt. Bei minderjährigen Patienten bedarf es im Falle eines gemeinsamen Sorgerechts getrennt lebender Elternteile ein beidseitiges Einverständnis zur Therapie. Daher möchten wir Sie bitten, diese Einverständniserklärung unterschrieben mitzubringen.

Zutreffendes bitte ankreuzen:

Das Sorgerecht liegt **alleinig** bei Mutter Vater

Das Sorgerecht liegt **gemeinsam** bei Mutter Vater

Das Sorgerecht liegt bei
(Großeltern, Jugendamt, Pflegeeltern, Vormund usw.)

Beziehungsstatus der Eltern:

verheiratet geschieden
 getrennt lebend sonstiges

Hiermit erkläre ich mich/wir uns einverstanden, dass mein/unsere Sohn bzw. meine/unsere Tochter
....., geb. am

in der Psychotherapeutischen Praxis N.Gauler gemäß den Psychotherapie-Richtlinien des Gemeinsamen
Bundesausschusses (Fassung vom 19.01.2009) behandelt wird.

Ort, Datum

.....
Unterschrift Sorgeberechtigte Mutter

.....
Unterschrift Sorgeberechtigter Vater