

Einverständniserklärung zur therapeutischen Behandlung

Liebe Eltern,

um die Behandlung Ihres Kindes beginnen zu können, brauchen wir laut §630d BGB (Patientenrechtegesetz) die schriftliche Einverständniserklärung beider Eltern bzw. der Sorgeberechtigten.

Name, Vorname des Kindes: _____ geb.: _____

Bitte zutreffendes ankreuzen:

gemeinsames Sorgerecht

alleiniges Sorgerecht Kindsmutter

alleiniges Sorgerecht Kindsvater

sonstige Regelungen (z. B. Vormund, Betreuer) _____

Ich/Wir erkläre/n mich/uns mit einer psychotherapeutischen Abklärung/Behandlung meines/ unseres Kindes _____ (Name, Vorname, geb.) einverstanden.

Mutter: Name, Vorname, Anschrift

Mutter: Datum, Unterschrift

Vater: Name, Vorname, Anschrift

Vater: Datum, Unterschrift

Vormund: Name, Vorname, Anschrift

Vormund: Datum, Unterschrift

Bitte bringen Sie die Einverständniserklärung ausgefüllt und unterschrieben zum Erstgesprächstermin mit.

Mit freundlichen Grüßen,

Tanja Cordshagen-Fischer
Diplom Psychologin, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin
Ausbildungs- und Ambulanzleitung KJP

Seiten 2 von 2

Verhaltenstherapie Falkenried
Aus- und Weiterbildung
(VTFaw) GmbH

040-244 24 10 30
040-244 24 10 43

Deutsche Apotheker- und
Ärztebank

Geschäftsführer und Leitung:
Dipl. Psych. Dr. Ulrike Lupke
Prof. Dr. med. Helmut Peter
Amtsgericht Hamburg:
HRB 108571
St.-NR.: 43/766/01833

Jarrestraße 10
D-22303 Hamburg

ambulanz@vtfaw.de
www.vtfaw-hh.de

IBAN DE40300606010007279094
BIC DAAEEDXXX