

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.**

**Die Sorgeberechtigten bevollmächtigen sich gegenseitig zum Abschluss eines entsprechenden
Behandlungsvertrages. Dieser Vertrag soll für und gegen alle Sorgeberechtigten wirken.**

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 Erstge-
sprächstermin mit.

Vielen Dank.

Mit freundlichen Grüßen

MoVA-Institut