

**Einverständniserklärung
des getrenntlebenden sorgeberechtigten Elternteils**

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass mein Sohn / meine Tochter

Name, Vorname des Kindes:

geboren am:

in der Praxis [Name Ihrer Praxis] zur Diagnostik vorgestellt und bei Indikation eine anschließende antragspflichtige ambulante psychotherapeutische Behandlung durchgeführt wird. Ich bin darüber informiert, dass ich jederzeit die Möglichkeit habe, an einem Aufklärungsgespräch teilzunehmen oder über den Therapieverlauf informiert zu werden und

- möchte diese Möglichkeit derzeit nicht in Anspruch nehmen.
- habe einen Termin am in Anspruch genommen.
- nehme zur Terminvereinbarung mit Ihnen Kontakt auf.

Ich habe ebenfalls zur Kenntnis genommen, dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit schriftlich widerrufen kann.

Name, Vorname:

Anschrift:

.....

Telefonische Erreichbarkeit:

.....

Ort, Datum Unterschrift Sorgeberechtigte/r