

Lisa Lehmann
Praxis für Kinder – und Jugendlichenpsychotherapie
Wiesendamm 25, 22305 Hamburg
T: 017626636029
E: kontakt@kjp-lehmann.online

Einverständniserklärung zur psychotherapeutischen Behandlung

Für die Beantragung und Durchführung ambulanter Psychotherapien bei nicht einsichts- und einwilligungsfähigen Minderjährigen benötigen Psychotherapeuten die (schriftliche) Einverständniserklärung der sorgeberechtigten Elternteile. Deshalb bitte ich Sie, dieses Formular auszufüllen und unterschrieben an mich zurückzusenden.
Vielen Dank im Voraus für Ihre Mitarbeit!

Name des Kindes: _____

Geburtsdatum des Kindes: _____

Bitte zutreffendes ankreuzen:

Gemeinsames Sorgerecht _____
Namen

Alleiniges Sorgerecht Mutter _____
Name

Alleiniges Sorgerecht Vater _____
Name

Sonstige Regelungen _____
(z.B. Vormund) Name

Bei alleinigem Sorgerecht oder einer Vormundschaft wird ein offizieller Nachweis (z.B. vom Familiengericht) benötigt!

Ich/Wir erkläre/n mich/uns mit der Durchführung einer ambulanten Psychotherapie meines/unseres Kindes in der Praxis von Lisa Lehmann für Kinder- und Jugendlichen-psychotherapie einverstanden. Außerdem stimme/n ich/wie zu, dass mein/unser Kind im Beisein der Therapeutin die Praxisräume aus therapeutischen Gründen in der Therapie verlassen darf.

Ich/Wir wurde/n darüber aufgeklärt, dass ich/wir diese Einverständniserklärung widerrufen kann/können und es in diesem Falle empfehlenswert ist, sich im Sinne des Kindeswohls vorher mit der Behandlerin in Verbindung zu setzen.

Ort, Datum

Unterschrift der Mutter

Unterschrift des Vaters

Unterschrift des Vormunds