

# KJP-Praxis – Einverständnis Therapieerklärung der nicht anwesenden Sorgeberechtigten

*Kinder- und Jugendlichepsychotherapeutin: Iris Gothe*

Name des Kindes:

geboren am:

Hiermit erteile ich \_\_\_\_\_(Sorgeberechtigte Person 1)

geboren am:

Hiermit erteile ich \_\_\_\_\_(Sorgeberechtigte Person 2)

geboren am:

Vor- und Zuname Vollmachtnehmer/in: \_\_\_\_\_

geboren am:

die Vollmacht, die nachfolgend benannten Aufgaben des elterlichen Sorgerechts für das Kind in alleiniger Verantwortung wahrzunehmen und alle erforderlichen Erklärungen auch in meinem/unserem Namen abzugeben. Die Vollmacht berechtigt dazu, alle relevanten Entscheidungen in Bezug auf die Beratung / die diagnostische Abklärung und ggf. eine anschließende Behandlung in der Psychotherapeutischen Praxis von Iris Gothe zu treffen.

Die Vollmacht gilt ab dem Erstellungsdatum und gilt bis auf Widerruf, der jederzeit möglich ist.

[ ] Ich bin allein Sorgeberechtigt, so dass die Unterschrift des/r zweiten Sorgeberechtigten entfällt.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift (en)