

# KJP-Praxis – Einverständniserklärung

**Therapeutin: Iris Gothe – Kinder-und Jugendlichenpsychotherapeutin**

Eine psychotherapeutische Diagnostik und Behandlung erfordert (bis zum vollendeten 15. Lebensjahr) das Einverständnis aller Sorgeberechtigten.

Name des Kindes: \_\_\_\_\_

geboren am: \_\_\_\_\_

Das Sorgerecht für den/die Patient\*in liegt bei:

- der Mutter allein
- dem Vater allein
- den Eltern gemeinsam
- dem Vormund

Hiermit erkläre ich mein Einverständnis zu einer psychotherapeutischen Diagnostik und Behandlung in der oben genannten Praxis.

\_\_\_\_\_ (Vor- und Zuname Mutter) geboren am: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (Vor- und Zuname Vater) geboren am: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (Vor- und Zuname Vormund) geboren am: \_\_\_\_\_

Mannheim, den

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Mutter

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Vater

\_\_\_\_\_  
Unterschrift und ggfs. Stempel Vormund