

## Einverständniserklärung bei gemeinsamen Sorgerecht

Liebe Eltern,

bei der Vorstellung in der Sprechstunde oder Beginn einer ambulanten Therapie von Kindern ist die Zustimmung aller Sorgeberechtigten erforderlich. Wir bitten Sie deshalb, diese Einverständniserklärung unterschrieben beim ersten Termin mitzubringen.

Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an:

Das Sorgerecht liegt **alleinig** bei  Mutter  Vater  \_\_\_\_\_

Das Sorgerecht liegt **gemeinsam** bei  Mutter  Vater  \_\_\_\_\_

Hiermit erkläre ich mich/erklären wir uns,

Herr/Frau \_\_\_\_\_, geb. am \_\_\_\_\_

und

Herr/Frau \_\_\_\_\_, geb. am \_\_\_\_\_

einverstanden, dass mein/unser Sohn bzw. meine/unsere Tochter

\_\_\_\_\_ geb. am \_\_\_\_\_

in der psychotherapeutischen Praxis für Kinder und Jugendliche von Dr. Silke Schiemann vorgestellt bzw. behandelt wird. Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit schriftlich oder mündlich mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

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

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Sorgeberechtigte/r

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