

Praxisstempel / Therapeut\*in

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

\_\_\_\_\_

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

## Einverständniserklärung

Hiermit gebe ich als ebenfalls sorgeberechtigter Elternteil mein Einverständnis für eine ambulante Vorstellung und ggf. Psychotherapie bei der/dem o.g. Therapeuten. Dieser darf die eingehenden probatorischen Sitzungen und bei Bedarf eine weiterführende Therapie durchführen. In diesem Zusammenhang gebe ich ebenfalls meine Zustimmung, dass mit folgenden Personen oder Einrichtungen bzgl. der/des o.g. Patienten/in Gespräche durchgeführt und Befunde angefordert werden dürfen:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Eine Kontaktaufnahme zur/zum Therapeutin/en und eine Auskunft im Rahmen der Schweigepflicht ist mir im Rahmen der Sprechzeiten immer möglich. Nähere Infos unter [www.familienbande-dresden.de](http://www.familienbande-dresden.de)

Folgendes ist mir noch wichtig:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_