

PraxisKronfeld

Sorgerechtserklärung

Hiermit wird bestätigt bzw. belegt, dass das

- Sorgerecht** bzw. eine
- Amtliche Vollmacht für die Wirkungskreise:**
- Gesundheit Personen- und Vermögenssorge
- Begründung und Aufrechterhaltung des Krankenversicherungsschutzes für

Patient:in _____ **geb.:** _____

bei

- der Mutter allein dem Vater allein gemeinsam (beide Elternteile)
- dem Vormund / Ergänzungspfleger:in _____ liegt.

Zustimmung zur psychotherapeutischen Behandlung

- Hiermit stimme(n) ich/wir einer klinisch-psychologischen Untersuchung und Behandlung (Psychotherapie) meines/des oben benannten Kindes / Jugendlichen zu.

Nach Vollendung des 15. Lebensjahres ist der Patient berechtigt, selbst einer Psychotherapie zuzustimmen und auch selbstständig Leistungen nach dem SGB 5 zu beantragen.

- Hiermit stimme ich (Patient:in) einer klinisch-psychologischen Untersuchung und Behandlung (Psychotherapie) zu.

Datum / Unterschrift Patient:in

Datum / Unterschrift Erziehungsberechtigte(r); gesetzliche(r) Vertreter

PraxisKronfeld

Approbierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten - Alle Kassen & Privat
Auf dem Heinrichshof 6, 21052 Geesthacht - Tel.: +49 4152 158 68 54
Seeburger Str. 8-11, 13581 Berlin