

# 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