

## Einverständniserklärung zur therapeutischen Behandlung

Liebe Eltern,

um die Behandlung Ihres Kindes beginnen zu können, brauchen wir laut §630d BGB (Patientenrechtegesetz) die schriftliche Einverständniserklärung **beider Eltern** bzw. **der Sorgeberechtigten**.

Name, Vorname des Kindes: \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_

**Bitte zutreffendes ankreuzen:**

- gemeinsames Sorgerecht
  - alleiniges Sorgerecht Kindsmutter
  - alleiniges Sorgerecht Kindsvater
  - sonstige Regelungen (z. B. Vormund, Betreuer:in)
- 

**Ich/Wir erkläre/n mich/uns mit einer psychotherapeutischen Abklärung/Behandlung meines/unseres Kindes** (Name, Vorname, geb.)

\_\_\_\_\_ **einverstanden.**

**Die Sorgeberechtigten bevollmächtigen sich gegenseitig zum Abschluss eines entsprechenden Behandlungsvertrages sowie zur Abgabe weiterer, im Rahmen der Durchführung des Behandlungsvertrages notwendiger Willenserklärungen, etwa zur Entbindung der Kinder- und Jugendambulanz von der Schweigepflicht. Dieser Vertrag sowie solche Erklärungen sollen für und gegen alle Sorgeberechtigten wirken.**

\_\_\_\_\_  
**Mutter:** Name, Vorname, Anschrift

\_\_\_\_\_  
**Mutter:** Datum, Unterschrift

\_\_\_\_\_  
**Vater:** Name, Vorname, Anschrift

\_\_\_\_\_  
**Vater:** Datum, Unterschrift

\_\_\_\_\_  
**Vormund:** Name, Vorname, Anschrift

\_\_\_\_\_  
**Vormund:** Datum, Unterschrift

Bitte bringen Sie die Einverständniserklärung ausgefüllt und unterschrieben zum Erstgesprächstermin mit. Vielen Dank.

Mit freundlichen Grüßen

MoVA-Institut