

## Einwilligung in die Behandlung - Einverständniserklärung

Liebe Eltern,

Zur begleitenden diagnostischen Abklärung (Probatorik), aber insbesondere um die Behandlung Ihres Kindes beginnen zu können, ist bei Minderjährigen in der Regel das schriftliche Einverständnis aller Sorgeberechtigten erforderlich.

Ich bitte Sie deshalb sehr herzlich diesen Bogen auszufüllen und zu unterzeichnen:

Name des **Kindes**:

\_\_\_\_\_

geboren am:

\_\_\_\_\_

Name der **Mutter**

\_\_\_\_\_

Name des **Vaters**

\_\_\_\_\_

**Bitte ankreuzen:**

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

\_\_\_\_\_

**Ich/Wir erkläre/n mich/uns mit der kinder- und jugendpsychotherapeutischen Abklärung/Behandlung unseres Kindes einverstanden.**

**Datum/Unterschrift der Mutter:**

\_\_\_\_\_

**Datum/Unterschrift des Vaters:**

\_\_\_\_\_

**Datum/Unterschrift des Vormund:**

\_\_\_\_\_

Ich bitte Sie freundlichst, diesen Bogen ausgefüllt zurückzugeben oder zuzusenden.

Herzlichen Dank!