

Einverständniserklärung

Um in der Therapiepraxis Hofheim, Casteller Straße 91a, 65719 Hofheim am Taunus als Patient aufgenommen zu werden, wird die Zustimmung des/der Sorgeberechtigten benötigt. Bei minderjährigen Patienten bedarf es im Falle eines gemeinsamen Sorgerechts getrennt lebender Elternteile ein beidseitiges Einverständnis zur Therapie.

Daher möchten wir Sie bitten, diese Einverständniserklärung unterschrieben zum ersten Termin mitzubringen.

Zutreffendes bitte ankreuzen:

- ☐ Es besteht alleiniges Sorgerecht.
- ☐ Es besteht gemeinsames Sorgerecht.

☐ verheiratet ☐ getrennt lebend/geschieden ☐ sonstiges _____

Nicht Zutreffendes bitte streichen:

Hiermit erkläre ich/erklären wir,

Herr/Frau _____, geb. am _____ und

Herr/Frau _____, geb. am _____ mich/uns

einverstanden, dass mein/unser Sohn bzw. meine/unsere Tochter

_____, geb. am _____,

in der Therapiepraxis Hofheim gemäß den Psychotherapie – Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses in der aktuellen Fassung behandelt wird.

Ort, den _____

Unterschrift Sorgeberechtigter/Mutter/Vater

Unterschrift Sorgeberechtigter/Mutter/Vater