**Einwilligung in eine Psychotherapie/Probatorik**

Um psychotherapeutisch behandelt werden zu können, wird bei minderjährigen Patienten die Zustimmung des/der Sorgeberechtigten benötigt. Im Falle eines gemeinsamen Sorgerechts getrenntlebender Elternteile bedarf es ein *beidseitiges* Einverständnis zur Psychotherapie.

**Zutreffendes bitte ankreuzen:**

Das Sorgerecht liegt **allein** bei: ☐ Mutter ☐ Vater ☐ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Das Sorgerecht liegt **gemeinsam** bei: ☐ Mutter ☐ Vater ☐ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Einverständniserklärung**

Hiermit erkläre ich mich/erklären wir,

Herr/Frau \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, geb. am \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ und

Herr/Frau \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, geb. am \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, geb. am \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, von

Frau Sandra Warnatz behandelt wird.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Unterschrift Sorgeberechtigte Mutter Unterschrift Sorgeberechtigter Vater