

Einverständniserklärung der Sorgeberechtigten

für die Kontaktaufnahme und psychotherapeutische Behandlung/ Diagnostik eines Kindes / Jugendlichen

Angaben zum Kind / Jugendlichen

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Einverständniserklärung

Wir, die Sorgeberechtigten, erklären hiermit gemeinsam unser **Einverständnis**, dass unser Kind in der Praxis

Natalie Hoffmann

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin (Verhaltenstherapie)

zum Zweck einer **psychotherapeutischen Diagnostik, Beratung oder Behandlung** vorgestellt werden darf.

Wir sind darüber informiert, dass für die Durchführung der psychotherapeutischen Behandlung nach dem Psychotherapeutengesetz (PsychThG) das **Einverständnis beider Sorgeberechtigten erforderlich** ist, wenn das Sorgerecht gemeinsam ausgeübt wird (§ 1629 BGB).

Beide Sorgeberechtigten sind damit einverstanden, dass Termine, Gespräche und der Therapieprozess in der Praxis von Natalie Hoffmann durchgeführt werden.

Wir versichern, dass derzeit **keine gerichtliche Einschränkung oder Änderung der elterlichen Sorge** vorliegt.

Sorgeberechtigte Person 1

Name: _____

Adresse (falls abweichend): _____

Telefon / E-Mail: _____

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____

Sorgeberechtigte Person 2

Name: _____

Adresse (falls abweichend): _____

Telefon / E-Mail: _____

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____

Bitte senden Sie das vollständig ausgefüllte und **von beiden Sorgeberechtigten unterschriebene Formular**

vorab per E-Mail an: **hoffmann@kiju-kassel.de**

und bringen Sie das **Original zum ersten Termin** mit in die Praxis.

Praxisanschrift

Natalie Hoffmann

Praxis für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

Brandenburger Str. 6, 34131 Kassel

hoffmann@kiju-kassel.de