
Name, Vorname des Kindes

Geburtsdatum des Kindes

Klärung der Sorgerechtsberechtigung

Name, Vorname des/der 1. Sorgerechtsberechtigten

Geburtsdatum des/der 1. Sorgerechtsberechtigten

Name, Vorname des/der 2. Sorgerechtsberechtigten

Geburtsdatum des/der 2. Sorgerechtsberechtigten

Es besteht das:

- gemeinsame Sorgerecht zusammen lebend
- gemeinsame Sorgerecht getrennt lebend
- alleinige Sorgerecht der Mutter / des Vaters
- eine andere Sorgerechtsregelung: _____

Vollmacht des/der Sorgerechtsberechtigten:

Ich, _____, bevollmächtige hiermit Herrn/Frau _____ alle Erklärungen in meinem Namen abzugeben, die für die Durchführung einer Psychotherapie des o.g. Kindes im **DGVT München ABZ** notwendig sind.

Wir bevollmächtigen uns hiermit gegenseitig Erklärungen in unser beider Namen abzugeben, die für die Durchführung einer Psychotherapie des o.g. Kindes im **DGVT München ABZ** notwendig sind.

Dies gilt insbesondere für Erklärungen gegenüber der Institutsleitung, dem/der zuständigen Supervisor*in, dem/der behandelnden Psychotherapeut*in, der Krankenkasse und den mitbehandelnden Ärzt*innen.

Ort, Datum

Unterschrift des/der 1. Sorgerechtsberechtigten

Unterschrift des/der 2. Sorgerechtsberechtigten

Ich/Wir bestätige/n hiermit, dass ich/wir als Sorgerechtsberechtigte/r damit einverstanden bin/sind, dass das o.g. Kind beim **DGVT München ABZ** zur Diagnostik und Therapie vorgestellt wird. Mit meinen/unseren Unterschriften erkläre/n ich/wir, für den/die Patient*in personensorgerechtsberechtigt zu sein und auch im Namen eines/einer etwaig weiteren Sorgerechtsberechtigten rechtsgültig unterzeichnen zu dürfen.
Änderungen die Sorgerechtsberechtigung betreffend teile/n ich/wir dem **DGVT München ABZ** umgehend mit.

Ort, Datum

Unterschrift des/der
1. Sorgerechtsberechtigten

Unterschrift des/der
2. Sorgerechtsberechtigten

Unterschrift des/der
Patienten/-in (14-16 Jahre)

Patient*innen, die das 16. Lebensjahr bereits vollendet haben

Ich erkläre hiermit, dass ich mich beim **DGVT München ABZ** zur Diagnostik und Therapie vorstellen möchte. Mit der Information an meine Sorgerechtsberechtigten über die Beantragung und Aufnahme einer Therapie bin ich

- einverstanden nicht einverstanden
- Eine Pflegschaft oder Vormundschaft besteht nicht und ist auch nicht beantragt.

Ort, Datum

Unterschrift des/der Patient*in

HINWEIS: Ohne Ihre Unterschrift ist eine Untersuchung Ihres Kindes beim **DGVT München ABZ** aus rechtlichen Gründen nicht möglich! Falls eine Pflegschaft oder Vormundschaft vorliegt, legen Sie bitte die Bestattungsurkunde bei und geben Sie den Namen des gesetzlichen Inhabers des Sorgerechts an.

Aufsichtspflicht: Während des Aufenthalts beim **DGVT München ABZ** sind Sie selbst für die Aufsichtspflicht Ihres Kindes verantwortlich. Dies gilt auch für die Zeit und alle Untersuchungen innerhalb und außerhalb des **DGVT München ABZ**, in der Sie Ihr Kind selbst betreuen. Das bedeutet, dass Sie für den sicheren Weg des Kindes zur Institutsambulanz/Lehrpraxis und nach der Therapie nach Hause verantwortlich sind, sowie dafür sich gegebenenfalls in räumlicher Nähe aufzuhalten.