

## Einverständniserklärung zur Behandlung

Liebe Eltern/Sorgeberechtigte,

hiermit bitte ich Sie, mir Ihr Einverständnis zur Vorstellung Ihres Kindes in meiner Praxis in schriftlicher Form mitzuteilen. Dadurch wird der rechtliche Rahmen für die Diagnostik bzw. Behandlung eingehalten. Weiter wird damit deutlich gemacht, dass Sie als Sorgeberechtigte gemeinsam im Interesse Ihres Kindes handeln und an der Bewältigung von Problemen aktiv beteiligt sind. Diese Einverständniserklärung beider Sorgeberechtigter ist eine notwendige Voraussetzung für alle Termine in meiner Praxis.

Hiermit erkläre ich mich als Va	ter / Mutter / Vormund damit einverstanden, dass mein Kind / Mündel
	Name, Geburtsdatum
bei Frau Julia Kratz, Kinder- ur	nd Jugendlichenpsychotherapeutin, behandelt werden darf.
Ort, Datum	Name und Unterschrift (Mutter)
Ort, Datum	Name und Unterschrift (Vater)
Ort Datum	Name und Unterschrift (Sonstige Sorgeberechtigte)