

Sorgerechts- und Einverständniserklärung

Psychotherapeutische Sprechstunde

Name des Kindes:

....., geb. am:

Das Sorgerecht für das oben genannte Kind hat/haben:

Beide Eltern Die Mutter Der Vater Sonstiger:

Die Gesundheitsfürsorge für das oben genannte Kind hat/ haben:

Beide Eltern Die Mutter Der Vater Sonstiger:

Im Rahmen der psychotherapeutischen Sprechstunde klärt die Psychotherapeutin ab, ob eine behandlungsbedürftige Erkrankung vorliegt. Dabei wird mit dem Patient/ der Patientin und den anwesenden Angehörigen ein geeignetes Versorgungsangebot erörtert und ausgewählt und der Patient/ die Patientin allgemein beraten und bei Inanspruchnahme des konkreten Versorgungsangebotes unterstützt.

Der Patient/ die Patientin und, soweit erforderlich, die Sorgeberechtigten erhalten ein allgemeines Informationsblatt zur Richtlinientherapie sowie eine schriftliche Rückmeldung in Form eines patientengerechten Befundberichts zum Ergebnis der Sprechstunde mit Empfehlungen zum weiteren Vorgehen.

Sofern eine weiterführende psychotherapeutische Behandlung indiziert ist, informiert die Psychotherapeutin über die verschiedenen Verfahren, Anwendungsformen und den Ablauf. Falls keine Psychotherapie indiziert ist, wird bei Bedarf über Alternativen informiert.

Ich bin / Wir sind mit der Beratung und Diagnostik in der psychotherapeutischen Sprechstunde des o. g. Kindes in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutischen Praxis Anke Knudsen (vertreten durch alle Mitarbeiterinnen) einverstanden.

.....

.....

Datum/Unterschrift Sorgeberechtigte Datum/ Unterschrift Sorgeberechtigter



Schafmarkt 3
25917 Leck

04662- 8969199

kontakt@kjp-aneknudsen.de

www.kjp-aneknudsen.de