

Bei getrennt lebenden, aber gemeinsam sorgeberechtigten Eltern benötige ich das schriftliche Einverständnis des nicht anwesenden Elternteils in eine kinder- und jugendlichen-psychotherapeutische Vorstellung und ggf. Behandlung.  
Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass mein Kind

\_\_\_\_\_, geb. am: \_\_\_\_\_

in der Praxis für Psychotherapie Cornelia Leitzke untersucht und ggf. behandelt wird.

Darüber hinaus ermächtige ich folgende Person: \_\_\_\_\_ alle nötigen Schweigepflichtsentbindungen (z.B. für den\*die Hausarzt\*in, Schule, Jugendamt, etc.) auszustellen und behandlungsrelevante Entscheidungen zu treffen (Therapiefortführung und -ende, Einbezug weiterer Personen und Institutionen, etc.).

Mir ist bewusst, dass Kontaktaufnahme und Informationsaustausch zur behandelnden Praxis im Rahmen der geltenden Schweigepflicht jederzeit möglich ist und meiner eigenen Verantwortung unterliegt.

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

Name des\*der Unterzeichnenden: \_\_\_\_\_

Anschrift des\*der Unterzeichnenden:

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

Telefonnummer(n) des\*der Unterzeichnenden:

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

Stand: 11.01.2021