



Einwilligung der Sorgeberechtigten
für die Inanspruchnahme
Psychotherapeutischer Sprechstunden/Psychotherapeutischer Behandlung
von Kindern und Jugendlichen
im MVZ für Psychotherapie Odendahl und Brinkmann

Erklärung zum Sorgerecht und zur gesetzlichen Vertretung

Für(Vorname, Name, Geburtsdatum) besteht folgende Sorgerechtsregelung (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- das geteilte/gemeinsame Sorgerecht (beide Unterschriften notwendig) in einem Haushalt
- das geteilte/gemeinsame Sorgerecht (beide Unterschriften notwendig) in getrennten Haushalten/getrennt lebend oder geschieden
- das alleinige Sorgerecht liegt bei
- eine andere Sorgerechtsregelung:

Daten der Sorgeberechtigten

	Person 1 (Rechnungsempfänger)	Person 2
Name
Adresse
Geburtsdatum
Unterschrift

Hiermit willige ich in die Inanspruchnahme psychotherapeutischer Sprechstunden/ psychotherapeutischer Behandlung meines Kindes ein:

.....
Ort, Datum

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Sorgeberechtigter 1/
Vormund/gesetzlicher Vertreter

.....
Unterschrift Sorgeberechtigter 2/
Vormund/gesetzlicher Vertreter