



Einverständniserklärung der Sorgeberechtigten für eine psychologische Diagnostik und psychotherapeutische Behandlung

Die psychologische Diagnostik und psychotherapeutische Behandlung sind eine gewichtige „Angelegenheit, deren Regelung für das Kind von erheblicher Bedeutung ist“ (§1687 Abs. 1 Satz 1 BGB).

Aus diesem Grund benötigt die Psychotherapeutische Hochschulambulanz für Kinder, Jugendliche und Familien der Friedrich-Schiller-Universität Jena bereits zum Erstgespräch das Einverständnis von allen Sorgeberechtigten.

Für das Kind bzw. die:den Jugendliche:n:

Name, Vorname und Geburtsdatum des Kindes bzw. des:der Jugendliche:n

liegt das Sorgerecht bei:

- beiden Elternteilen der Mutter dem Vater einem Vormund
 andere:

Name, Vorname Sorgeberechtigte:r 1

Name, Vorname Sorgeberechtigte:r 2

Name, Vorname Vormund bzw. anderer Sorgeberechtigter

Mit meiner/unsere(r) Unterschrift erkläre ich mich/erklären wir uns mit einer psychologischen Diagnostik und psychotherapeutischen Behandlung des o.g. Kindes bzw. der:des Jugendlichen einverstanden.

Mir bzw. uns ist bekannt, dass diese Erklärung jederzeit schriftlich mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden kann. Über die Folgen des Widerrufs bin ich/sind wir aufgeklärt worden.

Ort/Datum

Name und Unterschrift
Jugendliche:r

Name und Unterschrift
Sorgeberechtigte:r 1

Name und Unterschrift
Sorgeberechtigte:r 2