



## Einverständniserklärung in Diagnostik und Behandlung

Patient\*in: \_\_\_\_\_

Geboren am: \_\_\_\_\_

Bevollmächtigte Person: \_\_\_\_\_  
(anwesende Person)

Bei getrenntlebenden, aber gemeinsam sorgeberechtigten Eltern wird das schriftliche Einverständnis des nicht anwesenden Elternteils in eine kinder- und jugendlichen-psychotherapeutische Vorstellung und ggf. Behandlung benötigt.

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass mein o.g. Kind in der Praxis für Psychotherapie Benjamin Heß untersucht und ggf. behandelt wird.

Darüber hinaus ermächtige ich oben genannte bevollmächtigte Person alle nötigen Schweigepflichtsentbindungen (z.B. für den\*die Hausarzt\*in, Schule, Jugendamt, etc.) auszustellen und behandlungsrelevante Entscheidungen zu treffen (Therapieanträge, -fortführung 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.

Name des\*der Unterzeichnenden: \_\_\_\_\_  
(nicht anwesende Person)

Anschrift des\*der Unterzeichnenden: \_\_\_\_\_  
(nicht anwesende Person)

Telefonnummer des\*der Unterzeichnenden: \_\_\_\_\_  
(nicht anwesende Person)

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

Unterschrift: \_\_\_\_\_  
(nicht anwesende Person)