



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 Kind

....., geb. am:

in der Praxis für Psychotherapie Benjamin Heß 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 des*der Unterzeichnenden:.....

Stand: 02.03.2024