

Einwilligung in die Therapie bei geteiltem Sorgerecht

Sehr geehrte Eltern,

Für die Behandlung in meiner Praxis benötige ich die schriftliche Einwilligung aller Sorgeberechtigten, dass heißt in der Regel beide Eltern:

§1687 BGB: Ausübung der gemeinsamen Sorge bei getrennt lebenden Eltern:
„Leben Eltern, denen die elterliche Sorge gemeinsam zusteht, nicht nur vorübergehend getrennt, sind bei Entscheidungen in Angelegenheiten, deren Regelung für das Kind von erheblicher Bedeutung ist, ihr gegenseitiges Einvernehmen erforderlich.“

Personalien

Name des Kindes	Vorname	Geburtsdatum
-----------------	---------	--------------

Name des Vaters	Vorname	Geburtsdatum
-----------------	---------	--------------

Name der Mutter	Vorname	Geburtsdatum
-----------------	---------	--------------

Das Sorgerecht liegt bei:

- Der Mutter
- Dem Vater
- Andere:

Ich wurde darüber informiert, dass die Behandlung in der Praxis die Einwilligung aller Sorgeberechtigten erfordert. Sofern noch nicht geschehen, werde ich mich mit anderen Sorgeberechtigten in Verbindung setzen, sie über die heutige Vorstellung informieren und die nötige Einwilligung einholen. Sollte dies nicht möglich sein, werde ich die Praxis darüber informieren und das weitere Vorgehen vereinbaren.

Mit meiner Unterschrift **stimme ich** _____ (nicht anwesender Elternteil):

- einer Vorstellung und diagnostischen Abklärung für meinen Sohn / meine Tochter
- einer psychotherapeutischen Behandlung für meinen Sohn / meine Tochter

in der psychotherapeutischen Praxis von Frau Eva Weth **ausdrücklich zu**.

Diese Einwilligung kann ich jederzeit schriftlich widerrufen.

Hamburg, den

Unterschrift Sorgeberechtigter

Unterschrift Sorgeberechtigte