



## Einverständniserklärung

Um in der Verhaltenstherapie-Ambulanz für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie der Goethe-Universität, Varrentrappstraße 40-42, 60486 Frankfurt am Main als Patient aufgenommen zu werden, wird die Zustimmung ALLER Sorgeberechtigten benötigt.

Daher möchten wir Sie bitten, diese Einverständniserklärung zu unterschreiben und sobald wie möglich an uns zurückzusenden, damit wir Ihnen ein Termin für ein Erstgespräch anbieten können.

Zutreffendes bitte ankreuzen:

Das Sorgerecht liegt **alleinig** bei  Mutter  Vater  \_\_\_\_\_

Das Sorgerecht liegt **gemeinsam** bei  Mutter  Vater  \_\_\_\_\_

Beziehungsstatus der Eltern:  verheiratet  geschieden  
 nie verheiratet gewesen  zusammen lebend  
 getrennt lebend  sonstiges: \_\_\_\_\_

Hiermit erkläre ich mich/erklären wir uns,

Herr/Frau \_\_\_\_\_, geb. am \_\_\_\_\_ und

Herr/Frau \_\_\_\_\_, geb. am \_\_\_\_\_

einverstanden, dass mein/unser Sohn bzw. meine/unsere Tochter

\_\_\_\_\_, geb. am \_\_\_\_\_, in der

Verhaltenstherapieambulanz gemäß den Psychotherapie-Richtlinien des gemeinsamen

Bundesausschusses (Fassung vom 19.01.2009) behandelt wird.

Frankfurt, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Sorgeberechtigte Mutter

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Sorgeberechtigter Vater

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Sorgeberechtigte/r

**Sorgeberechtigte mit abweichender Anschrift, bitte hier Kontaktdaten eintragen:**

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon, E-Mail: \_\_\_\_\_

Ich bin mit der Aufnahme meiner Kontaktdaten in die Datenbank der Verhaltenstherapieambulanz zur Kontaktaufnahme bezüglich therapierrelevanter Informationen meines Kindes einverstanden.  Ja  Nein