

Einverständniserklärung

Um in der Lehrambulanz des Masterstudiengangs Klinische Psychologie und Psychotherapie am Zentrum für Psychotherapie der Goethe-Universität (Varrentrappstraße 40-42, 60486 Frankfurt am Main) als Patient/in aufgenommen werden zu können, 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 einen Termin für ein Erstgespräch anbieten können.

Das Sorgerecht liegt	alleinig	bei folgender Person/folgenden Personen:
	gemeinsam	
Mutter <input type="checkbox"/> (Vorname Name)	geb. am: (Geburtsdatum – TT.MM.JJJJ)
Vater <input type="checkbox"/> (Vorname Name)	geb. am: (Geburtsdatum – TT.MM.JJJJ)
..... <input type="checkbox"/> (andere Person) (Vorname Name)	geb. am: (Geburtsdatum – TT.MM.JJJJ)
Beziehungsstatus der Eltern:		
<input type="checkbox"/> verheiratet		
<input type="checkbox"/> geschieden		
<input type="checkbox"/> in Partnerschaft lebend		
<input type="checkbox"/> gemeinsamer Haushalt		
<input type="checkbox"/> verwitwet		
<input type="checkbox"/> sonstiges:		
Hiermit erkläre ich mich/ erklären wir uns einverstanden, dass		
<input type="checkbox"/> meine/unsere Tochter		
<input type="checkbox"/> mein/unser Sohn		
..... (Vorname Name – des Kindes)		
geb am:		
(TT.MM.JJJJ – Geburtsdatum des Kindes)		
in der Lehrambulanz des Masterstudiengangs Klinische Psychologie und Psychotherapie am Zentrum für Psychotherapie der Goethe-Universität gemäß den Psychotherapie-Richtlinien des gemeinsamen Bundesausschusses (Fassung vom 19.01.2009) behandelt wird. Dieses Einverständnis kann jederzeit schriftlich widerrufen werden.		

.....
(Ort, Datum)

.....
(Unterschrift – *sorgeberechtigte Mutter*)

.....
(Ort, Datum)

.....
(Unterschrift – *sorgeberechtigter Vater*)

.....
(Ort, Datum)

.....
(Unterschrift – *andere sorgeberechtigte Person*)