

Name, Vorname des Kindes

Geburtsdatum des Kindes

Erklärung über Sorgerechtsregelung

Hiermit erkläre ich / erklären wir

1. _____
Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____

2. _____
Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____

folgende Sorgerechtsregelung zu haben (Zutreffendes bitte ankreuzen):

gemeinsames Sorgerecht: zusammenlebend oder getrennt lebend

alleiniges Sorgerecht

eine andere Sorgerechtsregelung: _____

Mit meinen/unseren Unterschriften erkläre/n ich/wir, für den*die Patient*in sorgeberechtigt zu sein. Änderungen die Sorgeberechtigung betreffend teile/n ich/wir dem DGVT München ABZ umgehend mit.

Unterschrift des/der

1. Sorgeberechtigten

Unterschrift des/der

2. Sorgeberechtigten

Unterschrift des/der

Patienten/-in (14-16 Jahre)

Bei gemeinsamen Sorgerecht - Vollmacht des/der Sorgeberechtigten:

An dieser Stelle können Sie sich gegenseitig, oder ein Elternteil dem anderen, eine Vollmacht erteilen um künftig alle weiteren Unterschriften alleine tätigen zu dürfen.

Ich, _____, bevollmächtige hiermit Herrn/Frau _____ alle Erklärungen in meinem Namen abzugeben, die für die Durchführung einer Psychotherapie des o.g. Kindes im **DGVT München ABZ** notwendig sind.

Wir bevollmächtigen uns hiermit gegenseitig Erklärungen in unser beider Namen abzugeben, die für die Durchführung einer Psychotherapie des o.g. Kindes im **DGVT München ABZ** notwendig sind.

Mit meinen/unseren Unterschriften erkläre/n ich/wir die erteilte Vollmacht als gültig. Änderungen die Vollmacht betreffend teile/n ich/wir dem DGVT München ABZ umgehend mit.

HINWEIS: Ohne Ihre Unterschrift ist eine Untersuchung und/oder Behandlung Ihres Kindes aus rechtlichen Gründen nicht möglich. Falls eine Pflegschaft oder Vormundschaft vorliegen, legen Sie bitte die Bestallungsurkunde bei und geben Sie den Namen des gesetzlichen Inhabers des Sorgerechts an.

Aufsichtspflicht: Während des Aufenthalts und in dem Zeitraum aller Untersuchungen und/oder Behandlungen innerhalb und außerhalb des **DGVT München ABZ** sind Sie selbst für die Aufsichtspflicht Ihres Kindes verantwortlich. Das bedeutet, dass Sie für den sicheren Weg des Kindes zur Institutsambulanz/Lehrpraxis und nach der Therapie nach Hause verantwortlich sind, sowie während der Therapie erreichbar sind und sich gegebenenfalls in räumlicher Nähe aufhalten.

Minderjährige Patient*innen, die das 16. Lebensjahr bereits vollendet haben

Ich erkläre hiermit, dass ich mich beim **DGVT München ABZ** zur Diagnostik und Therapie vorstellen möchte. Mit der Information an meine Sorgeberechtigten über die Beantragung und Aufnahme einer Therapie und deren Beteiligung bin ich

einverstanden nicht einverstanden

Eine Pflegschaft oder Vormundschaft besteht nicht und ist auch nicht beantragt.

Mir ist bekannt, dass die Sorgeberechtigten über die Abrechnungsdaten bei der Krankenkasse oder die Zusendung der Leistungszusage Informationen über meine Behandlung bekommen können.

Mir ist bekannt, dass in Notfällen trotzdem relevante Informationen an die Sorgeberechtigten weitergegeben werden können.

Unterschrift des/der Patient*in