

Privatpraxis Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie Torsten Petsch

Inhaber: Torsten Petsch

Leopoldstraße 59· 80802 München

Telefon: +49 160 7965866

E-Mail: info@psychotherapie-torsten-petsch.com

Web: www.psychotherapie-torsten-petsch.com

Name, Vorname des Kindes

Geburtsdatum des Kindes

Klärung der Sorgeberechtigung

Name, Vorname des/der 1. Sorgeberechtigten

Geburtsdatum des/der 1. Sorgeberechtigten

Name, Vorname des/der 2. Sorgeberechtigten

Geburtsdatum des/der 2. Sorgeberechtigten

Es besteht das:

- gemeinsame Sorgerecht zusammen lebend
- gemeinsame Sorgerecht getrennt lebend
- alleinige Sorgerecht der Mutter/ des Vaters
- eine andere Sorgerechtsregelung: _____

Vollmacht des/der Sorgeberechtigten:

Ich, _____, bevollmächtige hiermit Herrn/Frau _____ alle Erklärungen in meinem Namen abzugeben, die für die Durchführung einer Psychotherapie des o.g. Kindes in der **Privatpraxis Petsch** notwendig sind.

Wir bevollmächtigen uns hiermit, gegenseitige Erklärungen in unser beider Namen abzugeben, die für die Durchführung des o.g. Kindes in der **Privatpraxis Petsch** notwendig sind.

Dies gilt insbesondere für Erklärungen gegenüber der Praxisleitung, dem/der behandelnden Psychotherapeuten*in, der Krankenkasse und den mitbehandelnden Ärzt*innen.

Ort, Datum

Unterschrift des/der 1. Sorgeberechtigten

Unterschrift des/der 2. Sorgeberechtigten

Ich/Wir bestätige/n hiermit, dass ich/wir als Sorgeberechtigte/r damit einverstanden bin/sind, dass das o.g. Kind in der **Privatpraxis Petsch** zur Diagnostik und Therapie vorgestellt wird. Mit meinen/unseren

Unterschriften erkläre/n ich/wir, für den/die Patient*in personensorgeberechtigt zu sein und auch im Namen eines/einer etwaig weiteren Sorgeberechtigten rechtsgültig unterzeichnen zu dürfen. Änderungen die Sorgeberechtigung betreffend teile/n ich/wir der **Privatpraxis Petsch** umgehend mit.

Ort, Datum	Unterschrift des/der 1.Sorgeberechtigten	Unterschrift des/der 2.Sorgeberechtigten	Unterschrift des/der Patienten/-in (14-16 Jahre)
------------	---	---	---

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

Ich erkläre hiermit, dass ich mich in der **Privatpraxis Petsch** zur Diagnostik und Therapie vorstellen möchte. Mit der Information an meine Sorgeberechtigten über die Beantragung und Aufnahme einer Therapie bin ich

einverstanden

nicht einverstanden

Eine Pflegschaft oder Vormundschaft besteht nicht und ist auch nicht beantragt

Ort, Datum

Unterschrift des/der Patienten*in

HINWEIS: Ohne Ihre Unterschrift ist eine Untersuchung Ihres Kindes in der **Privatpraxis Petsch** aus rechtlichen Gründen nicht möglich! Falls eine Pflegschaft oder Vormundschaft vorliegt, legen Sie bitte die Bestallungsurkunde bei und geben Sie den Namen des gesetzlichen Inhabers des Sorgerechts an. Aufsichtspflicht: Während des Aufenthalts in der **Privatpraxis Petsch** sind Sie selbst für die Aufsichtspflicht Ihres Kindes verantwortlich. Dies gilt auch für die Zeit und alle Untersuchungen innerhalb und außerhalb der **Privatpraxis Petsch**, in der Sie Ihr Kind selbst betreuen. Das bedeutet, dass Sie für den sicheren Weg des Kindes zur Praxis und nach der Therapie nach Hause verantwortlich sind, sowie dafür sich gegebenenfalls in räumlicher Nähe aufzuhalten.