



Psychotherapeutische Praxis für Kinder und Jugendliche
und für Erwachsene

Dr. Anke Demmrich

Wachtelwinkel 41, 14542 Werder (Havel) Tel. 03327 / 726 17 48

Einverständniserklärung

Name des Kindes: _____ geb. am _____

Wohnhaft: _____

Sorgeberechtigte Personen:

(Vor- und Nachnamen in Druckschrift)

Ich/Wir sind mit der Durchführung von psychotherapeutischen Sprechstunden, probatorischen Sitzungen, psychotherapeutischer Akutbehandlung, psychotherapeutischer Behandlung und Diagnostik in der Praxis Dr. A. Demmrich einverstanden.

Wir wünschen Terminerinnerungen per SMS an: _____ / _____

Unterschrift Kindsmutter

Unterschrift Kindsvater

Schweigepflichtentbindung

Ich gebe bzw. (bei gemeinsamen Sorgerecht) alle Inhaber des Sorgerechts geben der Praxis Dr. A. Demmrich mein/unser Einverständnis, bei Bedarf Auskünfte und Befunde über mein/unser Kind bei folgenden Stellen einzuholen bzw. eigene erhobene Befunde mit diesen Stellen auszutauschen:

Kinderarzt / Hausarzt: _____

Überweisender Arzt: _____

Externe Therapeuten: _____

Kita/Schule: _____

Jugendamt: _____

Sonstige: _____

Die Entbindung von der Schweigepflicht umfasst alle Tatsachen und Erklärungen, die ich den der Praxis Dr. A. Demmrich gegenüber anvertraut habe. Diese Erklärung kann ich jederzeit schriftlich zurücknehmen.

Werder, den _____

(Unterschriften aller Personensorgeberechtigten)