



*Psychotherapeutische Praxis für Kinder und Jugendliche  
sowie Erwachsene*

*Dr. Anke Demmrich*

*Potsdamer Straße 164, 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 e-mail 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)