



Einverständnis-Erklärung bei getrennt lebenden Sorgeberechtigten

Bitte bringen Sie diesen Bogen ausgefüllt zum ersten Gesprächstermin mit.
Sie können die Felder direkt digital ausfüllen, das Dokument dann speichern,
ausdrucken und abschließend unterschreiben.

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass meine Tochter/mein Sohn

Name des Kindes/Jugendlichen:

Geburtsdatum:

wohnhaft:

in der Praxis Beckmann, Kinder- und Jugendpsychiatrie & Psychotherapie
durch die Fachärztin Johanna Beckmann & Team diagnostiziert und behandelt wird.

Darüber hinaus ermächtige ich,

die Mutter – Name:

den Vater – Name:

alle hierfür notwendigen Schweigepflichtsentbindungen vorzunehmen,
wie zum Beispiel für den/die Kinderarzt/-ärztin, andere behandelnde Therapeuten, etc.

Ort, Datum

Unterschrift Sorgeberechtigte/r

Name des/der Unterzeichnenden:

Anschrift des/der Unterzeichnenden:

Telefonnummer des/der Unterzeichnenden: