



**Psychotherapie Bösch**  
für Kinder & Jugendliche

Kölner Str. 66  
60327 Frankfurt

Telefon: +49 (0) 69 9731 9100

## **Einverständniserklärung der sorgeberechtigten Personen**

Liebe Eltern, liebe Sorgeberechtigte, liebe Patient/innen,

für eine Behandlung in unserer Praxis benötigen wir eine schriftliche Einverständniserklärung aller Sorgeberechtigten bei Kindern/Jugendlichen unter 15 Jahren. Bei getrenntlebenden Eltern mit gemeinsamem Sorgerecht ist es daher erforderlich, dass beide Elternteile ihre schriftliche Zustimmung zur Behandlung des Kindes geben.

Bitte stellen Sie sicher, dass Sie das Einverständnis vollständig ausfüllen und uns dieses **spätestens 7 Tage** vor dem vereinbarten Erstgespräch zukommen lassen. Ihr Einverständnis kann jederzeit schriftlich widerrufen werden. Dies bedeutet leider aber auch, dass die Behandlung umgehend beendet werden muss.

### **Einverständnis:**

Hiermit erkläre ich mich,

---

Name, Vorname, Adresse des getrenntlebenden sorgeberechtigten Elternteils

mit der Diagnostik/Behandlung meines Kindes

---

Name, Vorname, Geburtsdatum des Kindes/Jugendlichen

in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutischen Praxis Bösch, Kölner Str. 66, 60327 Frankfurt am Main, einverstanden.

---

Datum, Ort

---

Unterschriften des getrenntlebenden sorgeberechtigten Elternteils