

# Von den Eltern des Patienten auszufüllen

## 1. Klärung der Sorgeberechtigung

\_\_\_\_\_  
(Name, Vorname des Kindes)

\_\_\_\_\_  
(Geburtsdatum des Kindes)

\_\_\_\_\_  
(Anschrift)

\_\_\_\_\_  
(Telefon)

\_\_\_\_\_  
(Krankenkasse)

\_\_\_\_\_  
(Vers.-Nr.)

\_\_\_\_\_  
(Name, Vorname des Sorgeberechtigten)

\_\_\_\_\_  
(Geburtsdatum des Sorgeberechtigten)

\_\_\_\_\_  
(Anschrift, Tel., falls abweichend)

\_\_\_\_\_  
(Name, Vorname des 2. Sorgeberechtigten)

\_\_\_\_\_  
(Geburtsdatum des 2. Sorgeberechtigten)

\_\_\_\_\_  
(Anschrift, Tel., falls abweichend)

Es besteht das  alleinige Sorgerecht  gemeinsame Sorgerecht

Ich/Wir bestätige/n hiermit, dass ich/wir als Sorgeberechtigte/r damit einverstanden bin/sind, dass das o.g. Kind in der Psychotherapeutischen Praxis für Kinder und Jugendliche - Annette Hartl zur Probatorik (Anamnese, Diagnostik) und Therapie vorgestellt wird. Eine Pflegschaft oder Vormundschaft besteht nicht und ist auch nicht beantragt. Mit meinen/unseren Unterschriften erkläre/n ich/wir, für den Patienten personensorgeberechtigt zu sein und ggfls. auch im Namen eines etwaig weiteren Sorgeberechtigten rechtsgültig unterzeichnen zu dürfen. Eine entsprechende Vollmacht habe ich überreicht. Änderungen die Sorgeberechtigung betreffend teile/n ich/wir umgehend mit.

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift des Sorgeberechtigten)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift des 2. Sorgeberechtigten)

**HINWEIS:** Ohne die Unterschrift beider Elternteile, bzw. den Nachweis des alleinigen Sorgerechtes ist eine Untersuchung des Patienten in meiner Praxis aus rechtlichen Gründen nicht möglich!

Falls eine Pflegschaft oder Vormundschaft vorliegt, legen Sie bitte die Bestallungsurkunde bei und geben Sie auf oben den Namen des gesetzlichen Inhabers des Sorgerechts an.

## Von den Eltern des Patienten auszufüllen

### 2. Aufklärungserklärung und Vollmacht des geschiedenen/getrennt lebenden Elternteils

Fr. Hartl ist nach dem Patientengesetz dazu verpflichtet Sie über die Art der Behandlung persönlich aufzuklären:

- Ich wünsche ein Aufklärungsgespräch  Ich verzichte auf ein Aufklärungsgespräch

Hiermit bevollmächtige ich Herrn/Frau \_\_\_\_\_ alle Erklärungen in meinem Namen abzugeben, die für die Durchführung einer Psychotherapie des o.g. Kindes notwendig sind. Dies gilt insbesondere für Erklärungen gegenüber dem behandelnden Psychotherapeuten, der Krankenkasse und den mitbehandelnden Ärzten.

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift des geschiedenen/getrennt Elternteils)

### 3. Alternativ zu Punkt 1 bei Patienten, die minderjährig sind, aber das 15. Lebensjahr bereits vollendet haben und gesetzlich krankenversichert sind

Ich erkläre hiermit, dass ich mich bei der Psychotherapeutischen Praxis für Kinder und Jugendliche - Annette Hartl zur Probatorik (Anamnese, 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 Patienten)

### 4. Aufsichtspflicht

Während des Aufenthalts in der Psychotherapeutischen Praxis für Kinder und Jugendliche - Annette Hartl sind Sie selbst für die Aufsichtspflicht Ihres Kindes verantwortlich. Dies gilt auch für die Zeit und alle Untersuchungen innerhalb und außerhalb der Praxis, 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. In Ihrem Fall bedeutet es im Hinblick auf das Alter des Kindes auch, dass Sie während der Therapiezeit telefonisch erreichbar sein müssen.

Die Kontaktnummer für diese Fälle lautet: \_\_\_\_\_

Mit meinen /unseren Unterschriften erkläre/n ich/wir, für den Patienten personensorgeberechtigt zu sein und ggfls. auch im Namen eines etwaig weiteren Sorgeberechtigten rechtsgültig unterzeichnen zu dürfen. Eine entsprechende Vollmacht habe ich überreicht. Änderungen die Sorgeberechtigung betreffend teile/n ich/wir umgehend mit.

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift des Sorgeberechtigten)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift des 2. Sorgeberechtigten)