

## Klärung der Sorgeberechtigung

**HINWEIS: Ohne Unterschrift aller Sorgeberechtigten ist eine Vorstellung Ihres Kindes in der Praxis aus rechtlichen Gründen nicht möglich!**

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

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

\_\_\_\_\_  
(Name, Vorname des 1. Sorgeberechtigten)

\_\_\_\_\_  
(Geburtsdatum des 1. Sorgeberechtigten)

\_\_\_\_\_  
(Anschrift, falls abweichend vom Kind)

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

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

\_\_\_\_\_  
(Anschrift, falls abweichend vom Kind)

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

\_\_\_\_\_  
(Vorname, Name des gesetzlichen Vertreters)

Ich/Wir bestätige/n hiermit, dass ich/wir als Sorgeberechtigte/r damit einverstanden bin/sind, dass das o.g. Kind bei \_\_\_\_\_ (Name des Therapeuten) zur 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/ die Patientin personensorgeberechtigt zu sein. Änderungen die Sorgeberechtigung betreffend teile/n ich/wir \_\_\_\_\_ (Name des Therapeuten) umgehend mit.

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

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift des 1. Sorgeberechtigten)

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

## Datenschutzerklärung

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname des Patienten

\_\_\_\_\_  
Geburtstag

Zur Planung und Beantragung, Durchführung, Abrechnung und zur Dokumentation der psychotherapeutischen Behandlung und Diagnostik werden Informationen über den Patienten und seine Problemstellung erhoben und ausgewertet. Für den Schutz dieser Daten sind angemessene Maßnahmen vorgesehen. Der Patient erklärt sich mit der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung für diese Zwecke einverstanden.

Ich bin damit einverstanden, dass im Rahmen der Behandlung Gesprächsaufzeichnungen in Wort und Bild erstellt werden, und dass diese zur Optimierung der Behandlung und Supervision verarbeitet und genutzt werden. Es wird dafür Sorge getragen, dass die Schutzbelange der Person des Patienten voll gewürdigt bleiben. Einblick erhalten nur Personen, die mit der Behandlung beruflich befasst sind und der Schweigepflicht unterliegen.

Ich bin darüber informiert, dass ich jederzeit die Löschung der Aufnahmen verlangen kann.

Der Versand personenbezogener Daten durch unverschlüsselte E-Mails ist aus datenschutzrechtlichen Gründen grundsätzlich untersagt, sodass entsprechende Korrespondenz ausschließlich durch Postversand erfolgen kann, wenn nicht eine ausschließliche schriftliche Einwilligung durch den Patienten erteilt wird. Mit dieser Einverständniserklärung stimmen Sie dem Versand von Daten via E-Mail durch mich zu.

Findet die Kommunikation zwischen \_\_\_\_\_ (Name des Therapeuten) und mir über Internet statt, bin ich mir über die Risiken bzgl. der Datensicherheit bewusst. Ich bin mit der Korrespondenz bzw. der Zusendung von Daten per E-Mail einverstanden. Mir ist bekannt, dass die mir so zugesandten E-Mails personenbezogene Daten enthalten können. Die Risiken, die mit dem Versand solcher E-Mails verbunden sind – insbesondere die unbefugte Kenntnisnahme und Verwertung durch Dritte – sind mir bewusst. Für die Kommunikation benutze ich folgende Emailadresse: \_\_\_\_\_

Die Einwilligung erfolgt freiwillig. Sie kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden, soweit nicht gesetzliche Pflichten oder die ordnungsgemäße Abwicklung der Therapievereinbarung dem entgegenstehen.

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient bzw. Sorgeberechtigte/r