



Einverständniserklärung bei getrenntlebenden Sorgeberechtigten

Liebe Eltern,

damit Ihr Kind als Patient/in in der Psychotherapeutischen Hochschulambulanz für Kinder und Jugendliche der Universität Leipzig aufgenommen werden kann, wird die Zustimmung aller Sorgeberechtigten benötigt. Dafür möchten wir Sie bitten, diese Einverständniserklärung zu unterschreiben.

Das Sorgerecht liegt **alleinig** bei Mutter Vater _____

Das Sorgerecht liegt **gemeinsam** bei Mutter Vater _____

Beziehungsstatuts der leiblichen Eltern

- | | |
|--|---------------------------------------|
| <input type="radio"/> verheiratet | <input type="radio"/> geschieden |
| <input type="radio"/> nie verheiratet
gewesen | <input type="radio"/> zusammenlebend |
| <input type="radio"/> getrenntlebend | <input type="radio"/> Sonstiges _____ |

Hiermit erkläre ich mich/wir uns,

Herr/Frau _____, geb. am _____

und

Herr /Frau _____, geb. am _____

damit einverstanden, dass mein/unser Sohn bzw. mein/unsere Tochter

_____, geb. am _____

eine Diagnostik / Behandlung in der Psychotherapeutischen Hochschulambulanz gemäß den Psychotherapie-Richtlinien des gemeinsamen Bundesausschusses erhält.

Leipzig, den _____

Unterschrift Sorgeberechtigte Mutter

Unterschrift Sorgeberechtigter Vater

Unterschrift Sorgeberechtigte/r

Bitte bringen Sie dieses Formular ausgefüllt zur 1. Sprechstunde mit.