

# Anlage 1

## Einwilligungserklärung zur psychotherapeutischen Behandlung



Liebe Sorgeberechtigte,

damit ich mit der psychotherapeutischen Behandlung Ihres Kindes beginnen kann, benötige ich Ihr Einverständnis, Ihre Einwilligung hierzu. Bitte füllen Sie dieses Formular hierfür aus.

**Sorgeberechtigte(r) 1 bzw. alleinige(r) Sorgeberechtigte(r):**

---

Vorname, Nachname

**und Sorgeberechtigte(r) 2 (bitte nur ausfüllen, wenn es zwei Sorgeberechtigte gibt)**

---

Vorname, Nachname

erklären für das

**Kind**

---

Vorname, Nachname

**das Einverständnis bzw. die Einwilligung mit der**

- Psychotherapeutische Behandlungen
- Entscheidungen zu Notfallmaßnahmen

Seite 1 von 2

**durch**

Frau Dipl.-Päd. Sena Ostermann  
Psychotherapeutische Praxis für Kinder- und Jugendliche  
Altfränkener Str. 2  
01159 Dresden.

Dieses Einverständnis bzw. diese Einwilligung gilt bis zum Ende der Therapie oder bis zum schriftlichen  
Widerruf durch einen Sorgeberechtigten.

---

Ort, Datum                      Unterschrift Sorgeberechtigte(r) 1 bzw. alleinige(r) Sorgeberechtigte(r)

---

Ort, Datum                      Unterschrift falls zwei Sorgeberechtigte: Unterschrift Sorgeberechtigte(r) 2