**Sorgerechtserklärung**

❑ Ich bin alleine sorgeberechtigt.

❑ Das Sorgerecht liegt bei beiden Elternteilen. Weitere(r) Sorgeberechtigte(r) ist Herr/ Frau

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Mir ist bekannt, dass eine Diagnostik/ Behandlung meines Kindes bei Frau Stitz/ Dinkel/ Gautsch/ Moss/ Freitag nur mit dem Einverständnis beider Sorgeberechtigter erfolgen darf. Ich werde daher den/ die weitere(n) Sorgeberechtigte(n) umgehend über die Vorstellung bei Frau Stitz/ Dinkel/ Gautsch/ Moss/ Freitag informieren und die behandelnde Psychotherapeutin sofort benachrichtigen, sollte der/ die weitere Sorgeberechtigte nicht mit einer Diagnostik/ Behandlung hier einverstanden sein.

❑ Es besteht eine Amtsvormundschaft. Amtsvormund ist Herr/ Frau

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Tel.-Nr.:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Der Amtsvormund hat sein Einverständnis mit einer Diagnostik/ Behandlung bei Frau Stitz/ Dinkel/ Moss/ Freitag / Gautsch schriftlich erteilt.

❑ Es besteht eine Ergänzungspflegschaft. Ergänzungspfleger\*in ist Herr/ Frau

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Tel.-Nr.:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Der/ Die Ergänzungspfleger\*in sein/ ihr Einverständnis mit einer Diagnostik/ Behandlung bei Frau Stitz/ Dinkel/ Moss/ Freitag / Gautsch schriftlich erteilt.

❑ Ich bin volljährig.

Name Patient\*in: ……………………………………….

 ................................. .................................................................

(Ort, Datum) (Unterschrift des/-r anwesenden Sorgeberechtigten)