



Erklärung zum Sorgerecht

Liebe Eltern,

ich bitten Sie, mir im Folgenden Auskunft über das Sorgerechtsverhältnis bezüglich Ihres Kindes zu erteilen. Ich bin dazu verpflichtet, für Kinder die jeweiligen Sorgerechtsverhältnisse zu klären und benötige - je nach Sorgerechtsverhältnis - bestimmte Einverständniserklärungen, um Ihr Kind untersuchen und behandeln zu können. Daher sind die für gemeinsames beziehungsweise alleiniges Sorgerecht jeweils fett markierten Erklärungen eine zwingende Voraussetzung für eine Untersuchung und Behandlung Ihres Kindes in meiner Praxis.

Name, Vorname des Kindes: _____

Geboren am _____

Name, Vorname der Mutter _____

Name, Vorname des Vaters _____

Wir haben gemeinsames Sorgerecht für unser Kind. (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Hiermit erklären wir uns damit einverstanden, dass unser Kind in der Psychotherapeutischen Praxis Landshut bei Frau Anita Berchtold untersucht und behandelt wird. Uns ist bekannt, dass ohne dieses Einverständnis eine Untersuchung und Behandlung unseres Kindes ansonsten nicht möglich ist. Wir sind außerdem damit einverstanden, dass jeder Elternteil unabhängig von dem jeweils anderen Elternteil von Frau Anita Berchtold Auskunft über die Untersuchungen beziehungsweise Behandlung des Kindes (insbesondere Befundberichte, Verlauf der Therapie etc.) erhalten darf. Uns ist bekannt, dass wir dieses Einverständnis jederzeit schriftlich mit Wirkung für die Zukunft widerrufen können. Für den Fall des Widerrufs ist eine Weiterbehandlung unseres Kindes in der Psychotherapeutischen Praxis Landshut bei Frau Anita Berchtold, jedoch regelmäßig nicht mehr möglich, sofern keine dringenden medizinischen Gründe einem Therapieabbruch entgegenstehen.

Wir sind damit einverstanden, dass rechtsverbindliche Erklärungen für das Kind gegenüber Frau Anita Berchtold, Psychotherapeutischen Praxis Landshut, von

der Mutter

dem Vater

alleine abgegeben werden dürfen. Uns ist bekannt, dass wir dieses Einverständnis jederzeit schriftlich mit Wirkung für die Zukunft widerrufen können. Für den Fall des Widerrufs können dann rechtsverbindliche Erklärungen für das Kind nur von beiden Elternteilen gemeinsam abgegeben werden.

Ort, Datum

Unterschrift der Mutter

Ort, Datum

Unterschrift des Vaters



- Ich habe das alleinige Sorgerecht für das Kind. (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass das Kind in der Psychotherapeutischen Praxis Landshut von Frau Anita Berchtold untersucht und behandelt wird. Mir ist bekannt, dass ohne dieses Einverständnis eine Untersuchung und Behandlung des Kindes in der Psychotherapeutischen Praxis Landshut nicht möglich ist.

- Ich bin außerdem damit einverstanden, dass der nicht sorgeberechtigte Elternteil

Name, Geburtsdatum und Adresse des nicht sorgeberechtigten Elternteils

unabhängig von mir von Frau Anita Berchtold Auskunft über die Untersuchungen bzw. Behandlung des Kindes (insbesondere Befundberichte, Verlauf der Therapie et cetera) erhalten darf. Mir ist bekannt, dass ich dieses Einverständnis jederzeit schriftlich mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Der nicht sorgeberechtigte Elternteil erhält dann von Frau Anita Berchtold, Psychotherapeutische Praxis Landshut, keinerlei Auskunft mehr zu dem Kind.

- Eine Kopie über den Beschluss des alleinigen Sorgerechts liegt bei.

Ort, Datum

Unterschrift der Sorgeberechtigten

Name der behandelnden Therapeutin:

Ihr Widerruf ist schriftlich zu richten an: Psychotherapeutische Praxis Landshut – Anita Berchtold, Oberndorferstraße 2, 84032 Landshut.