

## ERKLÄRUNG ZUM SORGERECHT

Liebe Eltern,

wir bitten Sie, uns im Folgenden Auskunft über das Sorgerechtsverhältnis bezüglich Ihres Kindes zu erteilen. Wir sind dazu verpflichtet, für Kinder die jeweiligen Sorgerechtsverhältnisse zu klären und benötigen - 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 unserer Praxis.**

### PERSÖNLICHE ANGABEN

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 Praxis Dr. Krumme untersucht und behandelt wird. Uns ist bekannt, dass ohne dieses Einverständnis eine Untersuchung und Behandlung unseres Kindes in der Praxis Dr. Krumme nicht möglich ist. Wir sind außerdem damit einverstanden, dass jeder Elternteil unabhängig von dem jeweils anderen Elternteil von der Praxis Dr. Krumme Auskunft über die Untersuchungen beziehungsweise Behandlung des Kindes erhalten darf.

Uns ist bekannt, dass wir dieses Einverständnis jederzeit schriftlich mit Wirkung für die Zukunft widerrufen können, für den Fall des Widerrufs eine Weiterbehandlung unseres Kindes in der Praxis Dr. Krumme jedoch regelmäßig nicht mehr möglich ist, sofern keine dringenden medizinischen Gründe einem Therapieabbruch entgegenstehen.

Wir sind damit einverstanden, dass rechtsverbindliche Erklärungen für das Kind gegenüber der Praxis Dr. Krumme 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 KIRINUS Ausbildungsambulanz untersucht und behandelt wird. Mir ist bekannt, dass ohne dieses Einverständnis eine Untersuchung und Behandlung des Kindes in der Praxis Dr. Krumme nicht möglich ist.**

Ich bin außerdem damit einverstanden, dass der nicht sorgeberechtigte Elternteil unabhängig von mir von der Praxis Dr. Krumme Auskunft über die Untersuchungen bzw. Behandlung des Kindes 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 der KIRINUS Ausbildungsambulanz keinerlei Auskunft mehr zu dem Kind.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Sorgeberechtigten

**Name der behandelnden Therapeutin:** \_\_\_\_\_

Ihr Widerruf ist schriftlich zu richten an: Psychotherapie Dr. Krumme, Heinrich-Vogl-Str. 22, 81479 München