



Praxis für Psychotherapie

Bei getrennt lebenden, aber gemeinsam sorgeberechtigten Eltern benötige ich das schriftliche Einverständnis des nicht anwesenden Elternteils:

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass mein

Kind:

geb. am:

in der Praxis für Psychotherapie Julia Sladek, Schelmenweg 8, 47229 Duisburg/Hochstraße 22, 47506 Neukirchen-Vluyn, psychotherapeutisch untersucht und ggf. behandelt wird.

Darüber hinaus ermächtige ich folgende

Person: alle nötigen Schweigepflichtsentbindungen (z.B. für den*die Hausärzt*in, Schule, Jugendamt, etc.) auszustellen und behandlungsrelevante Entscheidungen zu treffen (Therapiefortführung und -ende, Einbezug weiterer Personen und Institutionen, etc.).

Mir ist bewusst, dass Kontaktaufnahme und Informationsaustausch zur behandelnden Praxis im Rahmen der geltenden Schweigepflicht jederzeit möglich ist und meiner eigenen Verantwortung unterliegt.

Anschrift und Telefonnummer des*der Unterzeichnenden:

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

Ort, Datum

Unterschrift