


<p>Immo Kuß, M.A. Kinder- und Jugendlichen- Psychotherapeut Gerichtstraße 7 39393 Hötensleben  0176-42933076 info@kjp-kuss.de www.kjp-kuss.de</p>

**Zustimmung zur psychotherapeutischen
 Behandlung meines Kindes**

Bei getrennt lebenden, aber gemeinsam sorgeberechtigten Eltern benötige ich das schriftliche Einverständnis des nicht anwesenden Elternteils in eine kinder- und jugendlichen-psychotherapeutische Vorstellung und ggf. Behandlung.

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass mein Kind

....., geb. am:
 in der Praxis für Psychotherapie Immo Kuß untersucht und ggf. behandelt wird.

Darüber hinaus ermächtige ich folgende Person:, alle nötigen Schweigepflichtsentbindungen (z.B. für den*die Hausarzt*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.

Datum:..... Unterschrift:.....

Name des*der
 Unterzeichnenden:.....

Anschrift des*der
 Unterzeichnenden:.....

.....

.....

.....

Telefonnummer des*der Unterzeichnenden:.....

Email: