

Chiffre:

---

## Einverständniserklärung

Um in der Verhaltenstherapie-Ambulanz für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie der Hessischen Akademie für integrative Psychotherapie in Hanau als Patient\*in aufgenommen zu werden, wird die Zustimmung der Sorgeberechtigten benötigt. Bei minderjährigen Patient\*innen bedarf es im Falle eines gemeinsamen Sorgerechts getrennt lebender Elternteile ein beidseitiges Einverständnis zur Therapie. Daher möchten wir Sie bitten, diese Einverständniserklärung unterschrieben per Post an

HAiP, Sophie-Scholl-Platz 4, 63452 Hanau zu schicken.

Zutreffendes bitte ankreuzen:

- Es besteht alleiniges Sorgerecht
- Es besteht gemeinsames Sorgerecht
- verheiratet    getrennt lebend/geschieden    sonstiges \_\_\_\_\_

Nicht-zutreffendes bitte streichen:

Hiermit erkläre ich/erklären wir, \_\_\_\_\_, geb. am \_\_\_\_\_, und \_\_\_\_\_, geb. am \_\_\_\_\_, mich/uns einverstanden, dass mein/unser Kind \_\_\_\_\_, geb. am \_\_\_\_\_, in der Psychotherapie-Richtlinien des Verhaltenstherapieambulanz gemäß den Gemeinsamen Bundesausschusses (Fassung vom 19.01.2009) behandelt wird.

Therapeutische Interventionen werden auch außerhalb der Räumlichkeiten der HAiP GmbH durchgeführt werden (Exposition, Spiel...). Diese Vereinbarung gilt für die Sprechstunden, die probatorischen Sitzungen und gegebenenfalls eine psychotherapeutische Behandlung.

Diese Einverständniserklärung kann jederzeit schriftlich widerrufen werden. Bei nicht korrekt erhobenen Daten habe ich das Recht, dass diese nach Information der Institutsambulanz korrigiert bzw. gelöscht werden. Ich habe jederzeit das Recht, Auskunft über die zu meiner Person gespeicherten Daten zu erhalten. Außerdem steht mir jederzeit das Recht zu, bei der Landesdatenschutzbehörde Beschwerde einzureichen.

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_

---

Unterschrift Sorgeberechtigte\*r (1)

---

Unterschrift Sorgeberechtigte\*r (2)