

Rebekka Zimmermann  
Kinder-und Jugendlichenpsychotherapeutin  
Hauptstrasse 55  
50126 Bergheim  
Telefon +49176-53375545/ Email: praxis@kiju-zimmermann.de

---

## **Einverständnis zur Diagnostik und Behandlung**

Ich/Wir \_\_\_\_\_  
Name, Vorname aller Sorgeberechtigten

habe/n das Sorgerecht für \_\_\_\_\_  
Name, Vorname des Kindes (Patient\*in), Geburtsdatum

und erkläre/n mich/uns mit einer kinder- und jugendpsychotherapeutischen Diagnostik und Behandlung einverstanden.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, Unterschrift aller Sorgeberechtigten

Falls nur ein Elternteil/ Sorgeberechtigte(r) die Einverständniserklärung unterschreibt, muss diese Zusatzklärung unterschrieben werden: Hiermit erkläre ich, dass der/die andere Sorgeberechtigte über die oben genannte Diagnostik/ Behandlung informiert und ebenfalls damit einverstanden ist.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum Unterschrift Sorgeberechtigte(r)

Für Patient\*innen ab 16 Jahren: Ich wünsche mir für mich eine psychotherapeutische Behandlung.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, Unterschrift des/der Patient\*in