

Praxis für Kinder, Jugendliche, Paare und Familien  
Falk P. Scholz  
Pfotenhauer Straße 75  
01307 Dresden

## Einverständnis-Erklärung

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass mein Kind/mein Mündel

\_\_\_\_\_  
(Vor- und Nachname des Kindes)

\_\_\_\_\_  
(Geburtsdatum des Kindes)

in der kinder- und jugendpsychotherapeutischen Praxis Falk P. Scholz,  
Pfotenhauer Straße 75 in 01307 Dresden diagnostiziert/ behandelt wird.

Das **Sorgerecht** für mein Kind/mein Mündel haben:

Mutter  Vater  beide  Vormund  .....  .....

Darüber hinaus bin ich damit einverstanden, dass alle hierfür notwendigen  
Schweigepflichtsentbindungen unterschrieben werden VON (bitte zutreffendes Ankreuzen):

der Mutter  dem Vater  den Pflegeeltern  dem Bezugsbetreuer der Wohngruppe

\_\_\_\_\_  
(Datum, Unterschrift  
Sorgeberechtigter Vater/Vormund)

\_\_\_\_\_  
(Datum, Unterschrift  
Sorgeberechtigte Mutter/Vormund)

### **Sorgeberechtigter Vater/Vormund:**

\_\_\_\_\_  
Name des Unterzeichnenden (Vorname Name)

\_\_\_\_\_  
Anschrift des Unterzeichnenden (Straße, PLZ, Ort)

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer des Unterzeichnenden

### **Sorgeberechtigte Mutter/Vormund:**

\_\_\_\_\_  
Name des Unterzeichnenden (Vorname Name)

\_\_\_\_\_  
Anschrift des Unterzeichnenden (Straße, PLZ, Ort)

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer des Unterzeichnenden