

Psychotherapeutische Praxis für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene

Jan Jensen

Diplom-Psychologe

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut (Verhaltenstherapie)

Einwilligungserklärung PT-Sprechstunde

1. Persönliche Daten

Patient*in (Name, Vorname) : _____

Geburtsdatum : _____

Straße : _____

Postleitzahl und Wohnort : _____

2. Einverständniserklärung und Schweigepflichtentbindung

Hiermit erkläre/n ich/wir mein/unser Einverständnis, dass ich/mein o.g. Kind/die von mir betreute Person im Rahmen der Psychotherapeutischen Sprechstunde vorgestellt und psychologisch untersucht wird. Ich/wir wurde/n darauf hingewiesen, dass die mögliche Aufnahme einer ambulanten Psychotherapie ohne die vorherige Wahrnehmung eines psychotherapeutischen Sprechstundentermins mit einer Dauer von mind. 50 Minuten aufgrund der neuen gesetzlichen Rahmenbedingungen seit dem 01.04.2017 (sog. Psychotherapie-Richtlinien) nicht mehr möglich ist.

Bei minderjährigen Patienten wird gleichzeitig versichert, dass ich den ggf. weiteren und heute nicht anwesenden Sorgeberechtigten über Teilnahme an der Psychotherapeutischen Sprechstunde und die ausgesprochenen Empfehlungen vollständig informieren werde. Sofern sich der/die andere Sorgeberechtigte hiermit nicht einverstanden erklärt, werde ich Herrn Dipl.-Psych. J. Jensen unverzüglich darüber in Kenntnis setzen.

Gleichzeitig willige/n ich/wir ein, dass über die weitere/n Empfehlung/n ein schriftlicher Bericht (PTV11) erstellt wird.

Hierzu entbinde ich/wir Herrn Dipl.-Psych. Jensen sowie die folgenden Personen, Ärzte und sonstige Institutionen von ihrer gesetzlichen Schweigepflicht und erkläre/n mich/uns damit einverstanden, dass diese eine Ausfertigung des empfehlenden Berichtes (PTV11) erhalten:

(Leerräume streichen)

(Leerräume streichen)

(Leerräume streichen)

Hinweis:

Diese Einwilligung kann jederzeit ohne Angaben von Gründen ganz oder teilweise widerrufen werden.

Ort und Datum

Patient*in

Sorgeberechtigte/r

Sorgeberechtigte/r