

Praxis für Psychotherapie - Dipl.-Psych. Doreen Bandt Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin

Sorgerechts- und Einverständniserklärung/ePA-Nutzung

Name des Kindes:

..... geb. am:

Das Sorgerecht für das oben genannte Kind hat/haben:

☐ beide Eltern ☐ die Mutter ☐ der Vater ☐ _____

Ich bin / Wir sind mit der Diagnostik und Behandlung des o. g. Kindes in der Praxis für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie Doreen Bandt in Bad Gottleuba-Berggießhübel einverstanden. Wir sind einverstanden, dass der anwesende Elternteil / Sorgeberechtigte Behandlungsentscheidungen wie z. B. Terminvereinbarungen, Erklärungen zur Entbindung von der Schweigepflicht, Anträge bei den Krankenkassen z. B. zur Beantragung einer psychotherapeutischen Behandlung gemeinsam mit dem Kind/Jugendlichen auch ohne Anwesenheit des anderen sorgeberechtigter Elternteils trifft und informieren uns gegenseitig.

Dokumentation über die Nutzung der ePA

☐ Jugendliche*r ist ePA-berechtigt (weil mindestens 15 Jahre alt)

Information und Aufklärung erfolgt am _____

☐ Patient*in hat keine ePA.

☐ Patient*in hat eine ePA, widerspricht aber dem Eintrag von Daten aus der psychotherapeutischen Behandlung.

☐ Patient*in hat eine ePA und möchte, dass folgende Daten aus der psychotherapeutischen Behandlung in die ePA eingetragen werden:

☐ Individuelle Patienteninformation zur psychotherapeutischen Sprechstunde (PTV11)

☐ Arztbriefe

☐ Sonstiges: _____

.....
Datum/Unterschrift Sorgeberechtigte

.....
Datum/ Unterschrift Sorgeberechtigter