



Kinder- Jugendlichenpsychotherapeutin

Lena Maria Straub

Im Brückerfeld 8

42799 Leichlingen

Telefon: 0163 4555090

Fax: 0217 57302129

Mail: Info@kjp-straub.de

## Behandlungsvertrag

Sehr geehrte Sorgeberechtigte,

Sie möchten eine Behandlung in meiner Praxis beginnen. Dafür ist die Einwilligung beider Elternteile bzw. aller Sorgeberechtigten erforderlich – insbesondere, wenn Sie getrennt leben und das gemeinsame Sorgerecht ausüben.

.....  
Name, Vorname (Kind), Geburtsdatum (**Kind**)

.....  
Straße PLZ, Ort (Kind)

.....  
Name, Vorname (Mutter), Geburtsdatum (**Mutter**)

.....  
Straße PLZ, Ort (Mutter)

.....  
Telefonnummer (Mobil/ Festnetz) (Mutter)

.....  
Name, Vorname (Vater), Geburtsdatum (**Vater**)

.....  
Straße PLZ, Ort (Vater)

.....  
Telefonnummer (Mobil/ Festnetz) (Vater)

Sorgeberechtigt ist / sind (bitte ankreuzen):

☐ Beide Eltern

☐ Nur Mutter

☐ Nur Vater

☐ Andere Person (z.B. Vormund) .....

.....  
Straße PLZ, Ort

.....  
Telefonnummer (Mobil/ Festnetz)



Kinder- Jugendlichenpsychotherapeutin

Lena Maria Straub

Im Brückerfeld 8

42799 Leichlingen

Telefon: 0163 4555090

Fax: 0217 57302129

Mail: [Info@kjp-straub.de](mailto:Info@kjp-straub.de)

Ich/wir wurden darüber informiert, dass für die Aufnahme einer Behandlung die Zustimmung aller Sorgeberechtigten notwendig ist. Sollte das Einverständnis weiterer Sorgeberechtigter noch nicht vorliegen, werde ich/wir diese zeitnah kontaktieren, über den Behandlungstermin informieren und eine Einwilligung einholen. Falls dies nicht gelingt, informiere/n ich/wir die Praxis, um das weitere Vorgehen gemeinsam zu besprechen.

Ich/wir versichere/n, dass mein/unser Kind derzeit nicht parallel bei einer anderen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin bzw. einem -psychotherapeuten behandelt wird. Sollte sich dies ändern, werde/n ich/wir die Praxis umgehend informieren.

Ich/wir erkläre/n mich/uns ausdrücklich damit einverstanden, dass die Psychotherapeutin Lena Maria Straub die Behandlungsdaten unseres Kindes einsehen darf.

Ich/wir stimme/n einer psychotherapeutischen Behandlung in der Praxis von Lena Maria Straub zu.

.....  
Ort, Datum Unterschrift (**Mutter**)

.....  
Ort, Datum Unterschrift (**Vater**)

.....  
Ort, Datum Unterschrift (**andere Sorgeberechtigte**)