



Sabrina Horstkotte | Mittelstraße 1 | 32683 Bartrup

Praxis für Kinder- und  
Jugendlichenpsychotherapie

Sabrina Horstkotte  
T +49 5263 4039815  
F +49 5263 4039816  
M+49 171 8248625  
info@praxis-horstkotte.de  
www.praxis-horstkotte.de

## Sorgerechtserklärung:

Bitte zum ersten Termin mitbringen!

Sorgerecht:

Eltern haben gemeinsames Sorgerecht

Bei getrenntlebenden Eltern mit gemeinsamem Sorgerecht:

---

(Name, Adresse, Telefon des anderen sorgeberechtigten Elternteils)

Mutter ist allein sorgeberechtigt

Vater ist allein sorgeberechtigt

Vormund/Adoptiveltern haben das Sorgerecht:

---

(Name, Adresse, Telefon)

Nur das Aufenthaltsbestimmungsrecht liegt bei einem Elternteil /  
Vormund:

---

(Name, Adresse, Telefon)

Nur das Gesundheitsorgerecht liegt bei einem Elternteil /  
Vormund:

---

(Name, Adresse, Telefon)

Sollte das Sorgerecht neu geregelt werden, sind Sie verpflichtet,  
dies umgehend mitzuteilen.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift



Sabrina Horstkotte | Mittelstraße 1 | 32683 Bartrup

Praxis für Kinder- und  
Jugendlichenpsychotherapie

Sabrina Horstkotte  
T +49 5263 4039815  
F +49 5263 4039816  
M+49 171 8248625  
info@praxis-horstkotte.de  
www.praxis-horstkotte.de

## Einverständniserklärung:

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass meine Tochter / mein Sohn

\_\_\_\_\_  
(Name, Geburtsdatum, Adresse)

in der Praxis für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie Sabrina Horstkotte vorgestellt und ggf. behandelt wird.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Bei getrenntlebenden Eltern mit gemeinsamem Sorgerecht ist es sinnvoll die Formalien zu vereinfachen, bei denen doppelte Unterschriften nötig sind. Dies gilt insbesondere für den Fall, das ein Sorgeberechtigter bei Elterngesprächen nicht oder nicht regelmäßig anwesend sein kann.

Ich ermächtige hiermit den anderen Sorgeberechtigten über die für die Behandlung notwendigen Anträge (z.B. Therapieanträge bzw. Verlängerungsanträge) zu entscheiden.

Ich ermächtige hiermit den anderen Sorgeberechtigten Schweigepflichtentbindungen vorzunehmen, die für die Behandlung wichtig sind. (z.B. Kinderarzt, Therapeuten, Psychiater)

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Auch wenn Sie als Sorgeberechtigter an den Elterngesprächen nicht oder wenig teilnehmen können, ist mir an einer guten Zusammenarbeit mit Ihnen gelegen. Gerne können wir auch außer der Reihe Gesprächstermine vereinbaren, um Ihre Fragen zu klären. Ihre Beobachtungen und Erfahrungen mit Ihrem Kind sind für den Therapieverlauf und den Therapieerfolg sehr wichtig. Bringen Sie sich ein!