



Einverständnis-Erklärung bei getrenntlebenden Sorgeberechtigten

Hiermit bestätige ich, (Erziehungsberechtigte/er)

(**DRUCKSCHRIFT** Sorgeberechtigter Name, Vorname)

dass ich mich mit den mir ausgehändigten schriftlichen Unterlagen umfassend und ausreichend aufgeklärt fühle:

- *Patienteninformation Ambulante Psychotherapie in der gesetzlichen Krankenversicherung*
- *Datenschutzinformation und Hinweise für Patienten*

Ich gebe meine Einwilligung zur psychotherapeutischen Behandlung meines Kindes (Sprechstunden, einschließlich Psychodiagnostik, probatorische Phase, Akutbehandlung, und bewilligte Psychotherapie, Erteilung von Schweigepflichtsentbindungen)

Kind:

Name/Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

wohnhaft Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Ich möchte von meinem Recht auf ein persönliches Gespräch mit dem Psychotherapeuten in dessen Praxis, zu den dort üblichen Sprechzeiten,

Gebrauch machen

Bitte setzen Sie sich mit uns unter der Telefonnummer 06821-972537 in Verbindung, um einen Termin zu vereinbaren.

nicht Gebrauch machen

Mir ist bekannt, dass ich in meiner Entscheidung frei bin, diese Einverständniserklärung abzugeben. Mir ist ferner bekannt, dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Durch den Widerruf der Einverständniserklärung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einverständniserklärung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt. Ich habe unbeschadet eines anderweitigen verwaltungsrechtlichen oder gerichtlichen Rechtsbehelfs das Recht auf Beschwerde bei einer Aufsichtsbehörde. Ich kann dieses Recht bei einer Aufsichtsbehörde in dem Mitgliedstaat meines Aufenthaltsorts, meines Arbeitsplatzes oder des Orts des mutmaßlichen Verstoßes geltend machen. Im Saarland ist die zuständige Aufsichtsbehörde: Unabhängiges Datenschutzzentrum Saarland, Fritz-Dobisch-Straße 12, 66111 Saarbrücken.

Ort, Datum

Sorgeberechtigter Unterschrift