



PSYCHOTHERAPEUTISCHE PRAXIS  
*Jacqueline Sprey*

Kinder- Jugendlichenpsychotherapie  
Bahnhofstraße 30 25767 Albersdorf  
[www.psychotherapie-sprey.de](http://www.psychotherapie-sprey.de)  
[praxis@psychotherapie-sprey.de](mailto:praxis@psychotherapie-sprey.de)  
04835 972 8650

### **Sorgerechtserklärung**

Hiermit bestätige ich, dass das Sorgerecht über:

\_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_

von

o der Mutter allein

o dem Vater allein

o gemeinsam (beide Elternteile)

geführt wird.

### **Zustimmung zur psychotherapeutischen Behandlung**

Hiermit stimme ich einer klinisch-psychologischen Untersuchung und Behandlung (Psychotherapie) meines o. g. Kindes zu.

Ort, Datum:

Mutter:

Ort, Datum:

Vater:

### **Begründung der Notwendigkeit:**

Eine Einverständniserklärung von den zur Sorge Berechtigten ist zur Durchführung einer Psychotherapie unabdingbar. Nach Paragraph 1687 Abs. 1 BGB ist das gegenseitige Einvernehmen erforderlich.

„Das Elternteil bei dem sich das Kind gewöhnlich aufhält, darf\* zwar, in Angelegenheiten des täglichen Lebens allein entscheiden, nicht aber in „der Psychotherapie.“

Des Weiteren geht der Gesetzgeber davon aus, das Minderjährige unter 14 nicht einwilligungsfähig sind. „Ist der Patient einwilligungsunfähig, ist die Einwilligung der hierzu Berechtigten einzuholen (§630d BGB).

»Verweigert ein sorgeberechtigtes Elternteil die Zustimmung zur Psychotherapie, kann die Behandlung erst nach einer gerichtlichen Entscheidung durchgeführt werden.“