

Dipl.-Soz.Päd.

**HENDRIKJE PÖTSCHKE**

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin



Dipl.-Soz.Päd.  
Hendrikje Pötschke  
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin

Zimmermannstraße 3  
08060 Zwickau

[www.psychotherapie-poetschke.de](http://www.psychotherapie-poetschke.de)

Telefon: 0375 / 21 45 94 47

Fax: 0375 / 21 43 76 29

E-Mail: [kontakt@psychotherapie-poetschke.de](mailto:kontakt@psychotherapie-poetschke.de)

Psychotherapie Hendrikje Pötschke, Zimmermannstraße 3, 08060 Zwickau

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie  
Dipl.-Soz.Päd. Hendrikje Pötschke  
Zimmermannstraße 3

08060 Zwickau

## Einverständniserklärung zur psychotherapeutischen Vorstellung / Psychotherapie bei gemeinsamem Sorgerecht

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass mein Kind:

\_\_\_\_\_  
(Vor- und Zuname des Kindes)

\_\_\_\_\_  
(Geburtsdatum des Kindes)

in der Praxis für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie Pötschke, Zimmermannstraße 3 in 08060 Zwickau, vorgestellt und diagnostiziert bzw. verhaltenstherapeutisch behandelt werden darf.

\_\_\_\_\_  
(Datum, Unterschrift sorgeberechtigte Mutter/Vormund)

\_\_\_\_\_  
(Datum, Unterschrift sorgeberechtigter Vater/Vormund)

Darüber hinaus bin ich damit einverstanden, dass alle hierfür notwendigen Dokumente und Schweigepflichts-entbindungen unterschrieben werden (bitte zutreffendes ankreuzen):

von der Mutter

immer von Mutter und Vater gemeinsam

von dem Vater

\_\_\_\_\_  
(Datum, Unterschrift sorgeberechtigte Mutter/Vormund)

\_\_\_\_\_  
(Datum, Unterschrift sorgeberechtigter Vater/Vormund)

### **Kontaktdaten Mutter:**

Name: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefonnr.: \_\_\_\_\_

### **Kontaktdaten Vater:**

Name: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefonnr.: \_\_\_\_\_

Mir ist bekannt, dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.