

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)

Ihr Zeichen:

Ihre Nachricht vom:

Unser Zeichen:

Auskunft erteilt: **Frau Pötschke**

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 bzw. Psychotherapie bei gemeinsamen Sorgerecht

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass mein Kind

\_\_\_\_\_

(Vor- und Zuname des Kindes)

\_\_\_\_\_

(Geb.-datum des Kindes)

in der Praxis für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie Hendrikje Pötschke 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 Schweigepflichtsentbindungen unterschrieben werden von (bitte zutreffendes Ankreuzen):

der Mutter

und/oder

dem Vater

\_\_\_\_\_

(Datum, Unterschrift sorgeberechtigte Mutter/Vormund)

\_\_\_\_\_

(Datum, Unterschrift sorgeberechtigter Vater/Vormund)

Name der/des Unterzeichnenden (Vorname, Name): \_\_\_\_\_

Anschrift der/des Unterzeichnenden (Straße, PLZ, Ort): \_\_\_\_\_

Telefonnummer der/des Unterzeichnenden: \_\_\_\_\_