

Klärung des Sorgerechts

Angaben zum / zur minderjährigen Patienten / Patientin

Name:		Vorname:	
Anschrift:			
PLZ:		Ort:	
Geburtsdatum:			

Information

Um in der Psychotherapeutischen Hochschulambulanz der Katholischen Universität Eichstätt-Ingolstadt aufgenommen zu werden, wird die Zustimmung des/der Sorgeberechtigten benötigt. Bei Minderjährigen muss im Falle eines gemeinsamen Sorgerechts getrennt lebender Elternteile ein beidseitiges Einverständnis zur Untersuchung und/oder Therapie vorliegen.

Zutreffendes bitte ankreuzen:

Das Sorgerecht liegt **alleinig** bei Mutter Vater _____

oder:

Das Sorgerecht liegt **gemeinsam** bei Mutter Vater _____

Beziehungsstatus der Eltern:

verheiratet, zusammen lebend

verheiratet, getrennt lebend

geschieden

nie verheiratet gewesen, zusammen lebend

nie verheiratet gewesen, getrennt lebend

sonstiges: _____

gemeinsames Sorgerecht beider Eltern + getrennt lebend oder geschieden → Unterschrift beider Eltern notwendig

Angaben zum Vater:

Name:		Vorname:	
Anschrift:			
PLZ:		Ort:	
Geburtsdatum:			

Angaben zur Mutter:

Name:		Vorname:	
Anschrift:			
PLZ:		Ort:	
Geburtsdatum:			

Eine Pflegschaft oder Vormundschaft **besteht nicht** und ist auch **nicht beantragt**.

oder:

Eine Pflegschaft oder Vormundschaft **liegt vor**. Bitte legen Sie bitte eine Kopie der Bestallungsurkunde bei und tragen Sie nachfolgend den Namen des gesetzlichen Inhabers des Sorgerechts ein.

Gesetzlicher Inhaber des Sorgerechts:

Name:		Vorname:	
Anschrift:			
PLZ:		Ort:	

Mit meinen / unseren Unterschriften erkläre ich / erklären wir, für den Patienten personensorgeberechtigt zu sein und auch im Namen eines etwaig weiteren Sorgeberechtigten rechtsgültig unterzeichnen zu dürfen.

Änderungen die Sorgeberechtigung betreffend teile(n) ich / wir der Psychotherapeutischen Hochschulambulanz der Katholischen Universität Eichstätt-Ingolstadt umgehend mit.

Ort, Datum

Unterschrift des gesetzlichen Inhabers des Sorgerechts

Unterschrift Mutter

Unterschrift Vater