Psychotherapeutische Praxis Yvonne Orgeldinger
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

Bismarckstr. 45, 70197 Stuttgart

Einverständniserklärung & Vollmacht der Sorgeberechtigten

zur psychotherapeutischen Behandlung und Durchführung von Praxisabläufen

1. Stammdaten & Beteiligte Personen

Name, Vorname des Kindes: _____

Geburtsdatum: _____ **Krankenkasse:** _____

1. Sorgeberechtigte Person (vollmachtgebend):

Name, Vorname: _____

Meldeadresse: _____

2. Sorgeberechtigte Person (bevollmächtigt / begleitend):

Name, Vorname: _____

Meldeadresse: _____

2. Einverständniserklärung zur psychotherapeutischen Behandlung

Ich erkläre hiermit als sorgeberechtigte Person mein ausdrückliches Einverständnis damit, dass mein oben genanntes Kind in der Psychotherapeutischen Praxis Yvonne Orgeldinger eine psychotherapeutische Diagnostik, Beratung und/oder eine psychotherapeutische Behandlung (inklusive probatorischer Sitzungen) durchführt.

Mir ist bekannt, dass bei gemeinsamem Sorgerecht die Zustimmung beider Elternteile für den Beginn und die Durchführung einer solchen Behandlung rechtlich zwingend erforderlich ist.

3. Vollmachtübertragung für vertragliche & organisatorische Angelegenheiten

Um einen reibungslosen Ablauf der Therapie im Alltag zu gewährleisten, bevollmächtige ich die oben genannte 2. sorgeberechtigte Person (begleitendes Elternteil) hiermit ausdrücklich, alle im Rahmen dieser Behandlung erforderlichen vertraglichen, organisatorischen und administrativen Erklärungen mit Wirkung für uns beide und das Kind abzugeben und zu unterzeichnen. Dies umfasst insbesondere:

- **Praxis-Anmeldeunterlagen:** Die Unterzeichnung des Kombi-Dokuments der Praxis (allgemeine datenschutzrechtliche Einwilligungen und Schweigepflichtentbindungen gegenüber Ärzten/Krankenkassen).

- **Ausfallhonorar:** Anerkennung und Zeichnung der Vereinbarung zum Bereitstellungshonorar bei versäumten Terminen.
- **Digitale Dienste:** Die Ausübung von Wahlrechten und Erteilung von Einwilligungen bezüglich der elektronischen Patientenakte (ePA), der Durchführung von Videosprechstunden sowie der Nutzung der KI-gestützten Dokumentationssoftware VIA zur Erstellung von strukturierten Sitzungsnotizen und psychologischen Berichten.
- **Alltagsorganisation:** Die Regelung von organisatorischen Details wie der Abholberechtigung und dem Heimweg des Kindes.

4. Interne Informationspflicht der Sorgeberechtigten

Uns ist bekannt, dass die psychotherapeutische Praxis nicht dazu verpflichtet ist, Elternteile im Streitfall getrennt zu informieren oder Vereinbarungen doppelt einzuholen. Wir vereinbaren ausdrücklich, dass das begleitende Elternteil (die bevollmächtigte Person) dafür verantwortlich ist, das andere Elternteil über alle wesentlichen organisatorischen, finanziellen und therapeutischen Belange, Termine und Fortschritte der Behandlung eigenständig zu informieren und in Kenntnis zu setzen.

5. Schweigepflicht & Widerrufsrecht

Diese Vollmacht und das Einverständnis sind absolut freiwillig. Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft gegenüber der Praxis Yvonne Orgeldinger widerrufen kann. Bis zu einem eventuellen Widerruf bleibt die Vertretungsmacht in vollem Umfang wirksam.

6. Unterschriften

Ort, Datum	Unterschrift der 1. sorgeberechtigten Person (Vollmachtgebende Person)
Ort, Datum	Unterschrift der 2. sorgeberechtigten Person (Bevollmächtigte Person)
Ort, Datum	Unterschrift des Patienten / der Patientin (Zusätzlich empfohlen ab ca. 14 Jahren)
Ort, Datum	Unterschrift der Praxisinhaberin (Yvonne Orgeldinger)