

Einverständniserklärung des/der Erziehungsberechtigten bei Minderjährigen

Kirsten Mulach

BERATUNGS *Session*



Liebe Erziehungsberechtigte/n,

bitte beachten Sie, dass meine Hilfestellung kurzfristiger angelegt und nicht als Ersatz für eine klassische Psychotherapie zu verstehen ist. Auch beinhaltet mein Angebot keine Behandlung, sondern ist eine zeitlich begrenzte Beratung. Manchmal reichen schon wenige Stunden, um seelischen Ballast loszuwerden, ohne sich aus Rücksichtnahme oder Angst vor Eltern, Freunden etc. zurücknehmen zu müssen.

Da es sich bei meinem Angebot um keine Kassenleistung ist, sind die Kosten privat zu tragen – aber diese Stunden können sich für Ihr Kind mehr als bezahlt machen, denn durch rechtzeitiges Öffnen und Hinschauen kann so unter Umständen verhindert werden, dass sich evtl. ernsthaftere Störungen entwickeln. Die Lebensqualität des Kindes oder Jugendlichen kann dadurch signifikant verbessert werden.

Es besteht auch die Möglichkeit, meine Beratung in Kleingruppen zwischen 3-5 Teilnehmern zu absolvieren. Hierbei kommt es jedoch darauf an, ob sich genügend Teilnehmer mit ähnlichem Zielfokus zusammenfinden. Sprechen Sie mich gerne darauf an.



hiermit erkläre ich mich einverstanden,

Name	Telefon
Vorname	mobil
Straße	Hausnummer
PLZ, Ort	Sorgerecht Ja/Nein
Geb.-Datum	

dass mein Sohn/meine Tochter

Name	Telefon
Vorname	mobil
Straße	Hausnummer
PLZ, Ort	E-mail
Geb.-Datum	

☐ an einer Beratungs-Sitzung online (telefonisch od. zoom)

bzw.

☐ in der Praxis von:

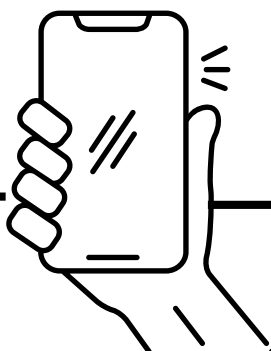
teilnimmt.

Das Angebot für meinen Sohn/meiner Tochter ersetzt nicht die Behandlung durch einen Arzt, Heilpraktiker, Therapeuten o.ä.

Ich wurde darüber in Kenntnis gesetzt, dass keine Diagnose gestellt, keine Heilversprechen gegeben oder Medikamente verschrieben werden.

Schweigepflicht:

Alle Informationen über den Klienten und über die Sitzungen unterliegen der Schweigepflicht. Kirsten Mulach behält sich vor, im Falle einer akuten psychischen Belastungssituation oder wenn eine ärztliche Behandlung dringend angezeigt wird, die Erziehungsberechtigten zu informieren.



☐ Ich bin damit einverstanden, dass meine oben genannten Daten zum Zweck der Durchführung eines Beratungsgesprächs für meinen Sohn/meiner Tochter gespeichert und verarbeitet werden. Zur Datenverarbeitung gehört die Dokumentation und Zuordnung von Ort, Zeit, Status und Inhalt der bereits stattgefunden und zukünftigen Kommunikation.

Die persönlichen Daten werden ausschließlich zu oben genannten Zwecken verwendet und im Einklang mit den Bestimmungen der Europäischen Datenschutz Grundverordnung (DSGVO) verarbeitet. Sie sind zu keinem Zeitpunkt dritten zugänglich.

Ich habe das formlose Recht, auf Widerruf meiner Einwilligung. Eine schriftliche Nachricht mit eindeutigem Wunsch nach Information oder der Löschung meiner Daten genügt.

Ort & Datum Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten

