



**HMU Health and Medical University GmbH**  
Schiffbauergasse 14 · 14467 Potsdam  
Telefon: 0331 745 11 33 11  
E-Mail: hochschulambulanz@hmu-potsdam.de  
Betriebsstättennr.: 830 357 100



Lehr- & Forschungsambulanz

## SORGERECHTSERKLÄRUNG

- Ich bin allein sorgeberechtigt.**
- Das Sorgerecht liegt bei beiden Elternteilen.** Weitere:r Sorgeberechtigte:r ist Frau / Herr:

Vor- & Nachname: \_\_\_\_\_

Mir ist bekannt, dass eine Diagnostik / Behandlung meines Kindes in der Hochschulambulanz nur mit Einverständnis beider Sorgeberechtigter erfolgen darf. Ich werde daher den:die weitere:n Sorgeberechtigte:n umgehend über die Vorstellung bei der Hochschulambulanz informieren und die:den behandelnde:n Psychotherapeut:in sofort benachrichtigen, sollte der:die weitere Sorgeberechtigte nicht mit einer Diagnostik / Behandlung hier einverstanden sein.

- Es besteht eine Amtsvormundschaft.** Amtsvormund ist Frau / Herr:

Vor- & Nachname: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Der Amtsvormund hat sein Einverständnis mit einer Diagnostik / Behandlung in der Hochschulambulanz erteilt.

- Es besteht eine Ergänzungspflegeschaft.** Ergänzungspfleger:in ist Frau / Herr:

Vor- & Nachname: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Der:Die Ergänzungspfleger:in hat sein:ihr Einverständnis mit einer Diagnostik / Behandlung bei der Ausbildungsambulanz erteilt.

- Ich bin volljährig.**

Ich habe das Merkblatt zur ambulanten Psychotherapie gelesen und bin mit der Diagnostik / Behandlung bei der Ausbildungsambulanz einverstanden.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des:der anwesenden Sorgeberechtigten  
bzw. des:der volljährigen Patient:in

### HMU Health and Medical University GmbH

Sitz der Gesellschaft:  
Olympischer Weg 1 · D-14471 Potsdam  
info@health-and-medical-university.de  
www.health-and-medical-university.de

Geschäftsführerin: Ilona Renken-Olthoff  
Rechtsform: GmbH  
Amtsgerichts Potsdam · Handelsregister HRB 38898 P  
Steuernr.: 046/110/05968

Bankverbindung:  
Mittelbrandenburgische Sparkasse  
IBAN: DE50 1605 0000 1000 6204 21  
BIC: WELADED1PMB



**HMU Health and Medical University GmbH**  
Schiffbauergasse 14 · 14467 Potsdam  
Telefon: 0331 745 11 33 11  
E-Mail: hochschulambulanz@hmu-potsdam.de  
Betriebsstättennr.: 830 357 100

 **HMU** Health and Medical  
University  
■ Psychotherapeutische Hochschulambulanz

Lehr- & Forschungsambulanz

### Wie ist die Gesundheitsfürsorge für den:die Patient:in aufgeteilt?

geteilt       alleinig, bei \_\_\_\_\_

## KONTAKTDATEN DES:DER SORGEBERECHTIGTEN

### Daten zu dem:der ersten Sorgeberechtigten:

Name, Vorname

---

Geburtsdatum

---

Erlerner Beruf aktuell  
berufstätig als

---

Adresse *(falls abweichend)*

---

Telefon | Handy

---

E-Mail

---

### Daten zu dem:der zweiten Sorgeberechtigten:

Name, Vorname

---

Geburtsdatum

---

Erlerner Beruf aktuell  
berufstätig als

---

Adresse *(falls abweichend)*

---

Telefon | Handy

---

E-Mail

---

#### HMU Health and Medical University GmbH

Sitz der Gesellschaft:  
Olympischer Weg 1 · D-14471 Potsdam  
info@health-and-medical-university.de  
www.health-and-medical-university.de

Geschäftsführerin: Ilona Renken-Olthoff  
Rechtsform: GmbH  
Amtsgerichts Potsdam · Handelsregister HRB 38898 P  
Steuernr.: 046/110/05968

Bankverbindung:  
Mittelbrandenburgische Sparkasse  
IBAN: DE50 1605 0000 1000 6204 21  
BIC: WELADED1PMB



**HMU Health and Medical University GmbH**  
Schiffbauergasse 14 · 14467 Potsdam  
Telefon: 0331 745 11 33 11  
E-Mail: hochschulambulanz@hmu-potsdam.de  
Betriebsstättennr.: 830 357 100



Lehr- & Forschungsambulanz

## Daten zu weiterer Bezugsperson (optional):

Beziehung zu dem:der Patient:in

---

Name, Vorname

---

Adresse *(falls abweichend)*

---

Telefon | Handy

---

E-Mail

---

## HINWEIS ZUR SCHWEIGEPFLICHT

Muster-Berufsordnung der BPTK § 12, Abs. 6: „Psychotherapeuten sind schweigepflichtig sowohl gegenüber dem einsichtsfähigen Patienten als auch gegebenenfalls gegenüber den am therapeutischen Prozess teilnehmenden Bezugspersonen hinsichtlich der von den jeweiligen Personen ihnen anvertrauten Mitteilungen“.

Das bedeutet: Eltern erfahren von dem:der Psychotherapeut:in keine konkreten Inhalte aus der Therapie des Kindes und Kinder nichts aus den Gesprächen mit den Eltern.

Zu den Grenzen der Schweigepflicht aus der Muster-Berufsordnung BPTK, § 8: „Gefährdet ein Patient sich selbst oder andere oder wird er gefährdet, so haben Psychotherapeuten zwischen Schweigepflicht, Schutz des Patienten, Schutz eines Dritten bzw. dem Allgemeinwohl abzuwägen und gegebenenfalls Maßnahmen zum Schutz des Patienten oder Dritter zu ergreifen.“

Das bedeutet: Wir brauchen die Kontaktdaten deiner Eltern/Sorgeberechtigten für den Fall, dass du dich selbst oder andere in Gefahr bringst. Nur dann würden wir, nachdem wir dies mit dir besprochen haben, deine Eltern / Sorgeberechtigten informieren.

### HMU Health and Medical University GmbH

Sitz der Gesellschaft:  
Olympischer Weg 1 · D-14471 Potsdam  
info@health-and-medical-university.de  
www.health-and-medical-university.de

Geschäftsführerin: Ilona Renken-Olthoff  
Rechtsform: GmbH  
Amtsgerichts Potsdam · Handelsregister HRB 38898 P  
Steuernr.: 046/110/05968

Bankverbindung:  
Mittelbrandenburgische Sparkasse  
IBAN: DE50 1605 0000 1000 6204 21  
BIC: WELADED1PMB