

**Einverständniserklärung bei getrennt lebenden Eltern mit  
gemeinsamen Sorgerecht**

---

Name und Geburtsdatum des Kindes

Ich, Frau/ Herr \_\_\_\_\_, wohnhaft in \_\_\_\_\_  
stimme einer testpsychologischen Untersuchung meiner Tochter/ meines Sohnes in der  
Ambulanz der Akademie für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie und der  
Gemeinschaftspraxis Könning, Bohmann-Tapken, Bohn, Lör zu.

Weiterhin bevollmächtige ich meine Exfrau/Exmann \_\_\_\_\_, wohnhaft  
in \_\_\_\_\_ eine Psychotherapie für meine Tochter/ meinen Sohn bei  
Indikation abzuschließen.

Ich bin jederzeit herzlich eingeladen, mich inhaltlich am laufenden Therapieprozess zu  
beteiligen.

---

Ort, Datum, Unterschrift