

Informierte Einwilligung Verzicht auf Mund-Nasen-Bedeckung während Therapiesitzungen

Hiermit willige ich _____
(Name des/der Patient*in, Geb.-Datum;
und ggf. betreffende Bezugspersonen, Geb.-Datum)

ein, auf das Tragen einer Mund-Nasen-Bedeckung während der Therapiesitzung zu verzichten und entbinde gleichermaßen meine/n behandelnde/n Therapeut*in

(Name Kinder-/Jugendlichenpsychotherapeut*in in Ausbildung)

von der Pflicht eine Mund-Nasen-Bedeckung zu tragen.

Der/die Therapeut*in in Ausbildung bestätigt zusätzlich, dass das Tragen der Mund-Nasen-Bedeckung während der Therapieleistung aufgrund der therapeutischen Indikation der Behandlung entgegen steht.

Hinweis: Die informierte Einwilligung kann jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen werden. Durch den Widerruf wird das Tragen einer Mund-Nasen-Bedeckung für den Patienten und den Therapeuten wieder verpflichtend.

Ort, Datum

Ort, Datum

Unterschrift Patient*in

Kinder-/Jugendlichenpsychotherapeut*in in
Ausbildung

Unterschrift 1. Sorgeberechtigte*r

Unterschrift 2. Sorgeberechtigte*r