

Einverständniserklärung der sorgeberechtigten Elternteile

Sehr geehrte Eltern,

für die Diagnostik und Behandlung Ihres Kindes in unserer Praxis benötigen wir das schriftliche Einverständnis aller sorgeberechtigten Elternteile.

Hiermit erkläre(n) ich/wir:

Name, Vorname Sorgeberechtigte/r 1: _____

Name, Vorname Sorgeberechtigte/r 2 (falls vorhanden): _____

dass ich/wir mit der Diagnostik und ggf. Therapie unseres Kindes

Name, Vorname des Kindes: _____

Wohnhaft in: _____

Geburtsdatum: _____

in der Praxis KJPP Schwarz einverstanden bin/sind.

Mir/uns ist bekannt, dass dieses Einverständnis jederzeit schriftlich widerrufen werden kann. In diesem Fall muss die Behandlung leider beendet werden, da für die Behandlung das Einverständnis aller Sorgeberechtigten erforderlich ist.

Ort, Datum: _____

Unterschrift Sorgeberechtigte/r 1: _____

Unterschrift Sorgeberechtigte/r 2 (falls vorhanden): _____

Dr. med. Julia Schwarz

Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und -psychosomatik

Ochsenzollerstraße 181, 22848 Norderstedt

praxis@kjpp-schwarz.de · Tel.: 0177 1706978 www.kjpp-schwarz.de