



KJPP SCHWARZ

## **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