

EINWILLIGUNG ZUR BEHANDLUNG

Sie haben sich zu einer Vorstellung oder Behandlung Ihres Kindes in unserer Praxis entschlossen. Um Ihrem Wunsch zu entsprechen, benötigen wir die schriftliche Einwilligung aller Sorgeberechtigten, das heißt in der Regel beider Eltern. Dies ist auch dann nötig, wenn beide Elternteile nicht mehr zusammenleben, jedoch das Sorgerecht gemeinsam ausüben.

Name, Vorname des Kindes Geburtsdatum

Name, Vorname der Mutter Geburtsdatum

Telefonnummern der Mutter Festnetz und Mobilnummer

Adresse der Mutter

Name, Vorname des Vaters Geburtsdatum

Telefonnummern des Vaters Festnetz und Mobilnummer

Adresse des Vaters

Das Sorgerecht wird ausgeübt von (bitte Zutreffendes ankreuzen):

- beiden Eltern
- nur von der Mutter
- nur vom Vater
- andere (bitte Kontaktdaten angeben):

Ich wurde darüber informiert, dass die Behandlung in der Praxis die Einwilligung aller Sorgeberechtigten erfordert.

Sofern noch nicht geschehen, werde ich mich mit anderen Sorgeberechtigten in Verbindung setzen, sie über die heutige Vorstellung informieren und die nötige Einwilligung einholen. Sollte dies nicht möglich sein, werde ich die Praxis darüber informieren und das weitere Vorgehen vereinbaren.

Ich bestätige zudem, dass aktuell (in diesem Quartal) keine parallele Behandlung in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Institutsambulanz, einem anderen vergleichbaren Institut oder Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie erfolgte oder geplant ist.

Sollte der Fall einer parallelen Behandlung eintreten, werde ich die Praxis hierüber informieren.

Unterschrift Sorgeberechtigte(r) Unterschrift Sorgeberechtigte(r)