



Einverständniserklärung

Liebe Eltern,

um einen reibungslosen Behandlungsprozess sicherzustellen, benötigen wir bei Kindern getrennt lebender Eltern mit gemeinsamen Sorgerecht die schriftliche Zustimmung des getrennt lebenden Sorgeberechtigten.

Diese Zustimmung dient dazu, die geplanten diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen rechtssicher und transparent durchzuführen.

Wir bitten Sie daher, die nachstehende Einverständniserklärung auszufüllen und spätestens zum zweiten Behandlungstermin wieder vorzulegen. Ohne eine vorliegende Zustimmung dürfen wir Ihr Kind nicht behandeln. Bereits vereinbarte Termine können in diesen Fällen ausgesetzt werden, eventuell entstehende Kosten können Ihnen berechnet werden.

Angaben zum Kind/Jugendlichen

Nachname

Vorname

Geburtsdatum

Einverständniserklärung des/der getrennt lebenden Sorgeberechtigten

Hiermit bestätige ich

Nachname

Vorname

Geburtsdatum

mich damit einverstanden, dass mein oben genanntes Kind in der Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie Dr. Duketis untersucht und behandelt wird.

Ort, Datum

Unterschrift des/der getrennt lebenden Sorgeberechtigten

Ihr Praxisteam