

Einverständniserklärung des Sorgeberechtigten

Sehr geehrte/r Frau / Herr

Ihre Tochter / Ihr Sohn _____

wurde uns am _____

zur Diagnostik und Behandlung in unserer kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis vorgestellt. Da auch Sie das Sorgerecht für Ihre Tochter / Ihren Sohn ausüben, bei der Vorstellung in unserer Praxis jedoch nicht zugegen waren, ist es uns außerordentlich wichtig, Sie in die Behandlung einzubeziehen. Für Rückfragen und ggf. Terminabsprachen stehen wir Ihnen unter der angegebenen Telefonnummer während unserer Sprechzeiten zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen,

Datum

Unterschrift Praxisstempel

Ich wurde informiert und bin mit der Behandlung

einverstanden

nicht einverstanden

Ort, Datum

Unterschrift des Sorgeberechtigten