

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG DER SORGEBERECHTIGTEN



Liebe Eltern, liebe Sorgeberechtigte, liebe Patient*innen,
für eine Behandlung in unserer Praxis wird eine schriftliche Einverständniserklärung benötigt. *Bei getrennt lebenden Eltern mit gemeinsamem Sorgerecht brauchen wir für eine Behandlung das schriftliche Einverständnis beider Elternteile*.

Ihr Einverständnis kann jederzeit schriftlich widerrufen werden. Dies bedeutet leider aber auch, dass die Behandlung umgehend beendet werden muss.

Mit freundlichen Grüßen,
Dr.med. Susanne Borsbach

.....

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Hiermit erkläre ich

VORNAME / NAME



* VORNAME / NAME *

mich mit der
Behandlung
meines Kindes

VORNAME / NAME / GEBURTSDATUM



in der fachärztlichen Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
(KJPP Dr. Borsbach) einverstanden.

*

*



UNTERSCHRIFT DES / * DER * SORGEBERECHTIGTEN:



ORT / DATUM: