
Name des Kindes / Jugendlichen

geboren am

Mutter: Name, Vorname

Vater: Name, Vorname

Liebe Eltern, Ihr Kind darf in unserer Praxis nur behandelt werden, wenn uns von BEIDEN Elternteilen / Sorgeberechtigten die Einverständniserklärung vorliegt.

Einverständnis mit der Behandlung

Als sorgeberechtigte Person (en) des o.g. Kindes/Jugendlichen bin ich/sind wir mit der Untersuchung und Behandlung in der o.g. Kinder- und Jugendpsychiatrischen Praxis einverstanden.

☐

Einverstanden

☐

Nicht einverstanden

Einverständnis mit einem Bericht an die überweisende Ärztin, den überweisenden Arzt

Mit der Entbindung von der Schweigepflicht der Mitarbeiter der kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis gegenüber den Mitarbeitern der überweisenden Arztpraxis zur Berichtslegung bezüglich des o.g. Kindes/Jugendlichen sind wir als sorgeberechtigte Personen

☐

Einverstanden

☐

Nicht einverstanden

Einverständnis mit der Korrespondenz über das Internet

Die Möglichkeit einer Kommunikation zwischen dem Praxisteam und den Sorgeberechtigten/Angehörigen bzw. den Kindern und Jugendlichen über das Internet erleichtert einen gegenseitigen Austausch. Im Hinblick auf Datenschutz kann aber keine absolute Sicherheit gewährleistet werden. Als sorgeberechtigte Person/en des o.g. Kindes bzw. des Jugendlichen bin ich/sind wir mit dem Austausch von Informationen über das Internet (E-Mail)

☐

Einverstanden

☐

Nicht einverstanden

Mutter: Ort, Datum, Unterschrift

Vater: Ort, Datum, Unterschrift