

Einverständniserklärung Behandlung

Ich/Wir _____

Name, Vorname aller Sorgeberechtigten

habe/n das Sorgerecht für _____, geb. am _____

Name, Vorname des Kindes (Patienten)

und erkläre/n mich/uns mit einer kinder- und jugendpsychiatrischen Diagnostik und ggf. Behandlung ebenso wie ggf. mit einer psychotherapeutischen oder funktionellen Behandlung (Ergo- oder Physiotherapie bzw. Logopädie) einverstanden.

Köln/Bonn, den _____ Datum _____ Unterschrift Patient / aller Sorgeberechtigte/r

Falls nur ein Elternteil/Sorgeberechtigter die Einverständniserklärung zur Behandlung unterschreibt, muss diese Zusatzklärung unterschrieben werden:

Hiermit erkläre ich, dass der/die andere Sorgeberechtigte über die oben genannte Diagnostik und Behandlung informiert und ebenfalls damit einverstanden ist.

Köln/Bonn, den: _____ Datum _____ Unterschrift Sorgeberechtigte/r