

 **MEZ**BONN

Graurheindorfer Str. 149a  
53117 Bonn  
Tel.: 0228 – 38 27 500  
Fax: 0228 – 38 27 99 500

 **MEZ** an der  
Godesburg

Am Michaelshof 4b  
53177 Bonn  
Tel.: 0228 – 38 27 560  
Fax: 0228 – 38 27 99 569

 **MEZ**KÖLN

Herthastraße 4  
50969 Köln  
Tel.: 0221 – 36 01 516  
Fax: 0221 – 36 10 058

## 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