

Einverständniserklärung

Hiermit erkläre ich mich mit der Behandlung meines Kindes/ Mündels

(Name des Kindes)

in der Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie von Dr. med. Juliane Medda, Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie einverstanden.

Die aushängende Patienteninformation zum Datenschutz habe ich zur Kenntnis genommen.

Ich, _____ erkläre, dass

- wir das gemeinsame Sorgerecht für unser Kind haben.
- das alleinige Sorgerecht bei mir liegt.
- das alleinige Sorgerecht beim Vater/bei der Mutter liegt.
- das Sorgerecht bei _____ liegt.

Ich wurde am _____ darüber aufgeklärt, dass eine Behandlung bei gemeinsamem Sorgerecht nur mit dem Wissen und Einverständnis beider Elternteile erfolgen kann.

Ich werde die Kindsmutter/den Kindsvater über die Vorstellung meines Kindes in der Praxis informieren und ihr/sein Einverständnis hierzu einholen.

(Ort und Datum)

(Unterschrift Mutter)

(Ort und Datum)

(Unterschrift Vater)