



Einverständniserklärung

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass eine Behandlung eines Minderjährigen (m/w/d) in unserer Praxis nur möglich ist, wenn alle sorgeberechtigten Personen ihr Einverständnis erklären.

Hiermit erkläre ich mein Einverständnis für die Durchführung der Diagnostik und Therapie **des Kindes / Jugendlichen**

Name

Vorname

Geburtsdatum

Strasse

PLZ / Ort

in der kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis von Frau Preuß

Sorgeberechtigte/r

Name

Vorname

Geburtsdatum

Anschrift

Telefon

Sorgeberechtigte/r

Name

Vorname

Geburtsdatum

Anschrift

Telefon

Zur persönlichen Unterstützung der Behandlung bin ich

- bereit
 nicht bereit

- bereit
 nicht bereit

Ort / Datum: _____

Ort / Datum: _____

Unterschrift

Unterschrift

Bitte beachten Sie, dass die Aufsichtspflicht für Ihre Kinder/ Pflegekinder während des Aufenthalts in der Praxis bei Ihnen liegt.