

Stephan Wieland

Arzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie
Psychotherapie

30559 Hannover
Schwemannstr. 2
Telefon 0511 - 55 94 97
Fax 0511 - 55 94 91
praxis@wielandonline.de

Einverständniserklärung

zur kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung

für geb. am

Mutter..... geb. am

Vater geb. am

Sehr geehrte Eltern,

da in der Regel beide Eltern das Sorgerecht gemeinsam haben, ist auch die Zustimmung beider sorgeberechtigter Elternteile für eine Betreuung bei uns notwendig. Auch nach einer Trennung besteht weiterhin ein gemeinsames Sorgerecht.

Ich bitte Sie daher, diese Einverständniserklärung zu unterzeichnen, in der Sie zum Ausdruck bringen, dass Sie mit einer

- kinder- und jugendpsychiatrischen Diagnostik
- medikamentösen Behandlung
- psychotherapeutischen Behandlung
(Nichtzutreffendes bitte streichen)

Ihres Kindes einverstanden sind.

Ich gehe davon aus, dass Sie, insofern Sie hier nicht präsent waren, ausreichend durch den anderen Elternteil informiert werden. Sollten Sie den Wunsch nach zusätzlicher Beratung und Information haben, können Sie sich selbstverständlich gern an uns wenden und bei Bedarf einen Termin mit uns vereinbaren.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

.....
Ort

.....
Datum

.....
Unterschrift

.....
Ort

.....
Datum

.....
Unterschrift