

## **EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG**

**Patient:** \_\_\_\_\_

**Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_

**Datum:** \_\_\_\_\_

Hiermit versichere ich/ wir, dass die Sorgeberechtigten über die Diagnostik und Behandlung in der Praxis Dr. med. Katrin Edelmann informiert wurden und damit einverstanden sind.

Wir setzen voraus, dass das andere sorgeberechtigte Elternteil über sämtliche Diagnostik- und Beratungs- bzw. Behandlungstermine in unserer Praxis informiert wird. Mit Ihrer Unterschrift erfolgt die verbindliche Zusage, die Praxistermine zeitnah und rechtzeitig an das andere Elternteil weiterzugeben.

Falls die Unterschrift des anderen sorgeberechtigten Elternteils fehlt, bestätige ich, dass der andere Elternteil über die Praxistermine informiert wurde und einverstanden ist.

☐ **gemeinsames Sorgerecht**

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Mutter

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Vater

☐ **alleiniges Sorgerecht Mutter**

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Mutter

☐ **alleiniges Sorgerecht Vater**

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Vater

☐ **sonstige Sorgeberechtigte:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Sorgeberechtigte/r