

Dr. med. Katrin Edelmann
Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie
-Psychotherapie-
Clemens-August-Str. 15 • 50321 Brühl • Tel.: 02232-206600 • Fax: 02232-206514
praxis@ganzheitliche-kindertherapie.de

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