



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:

Ich versichere, dass ich sorgeberechtigt bin und befugt bin, für das minderjährige Kind Erklärungen im Zusammenhang mit der Diagnostik, Beratung und Behandlung in der Praxis Dr. med. Katrin Edelmann abzugeben.

Sofern ein gemeinsames Sorgerecht besteht und die Unterschrift des weiteren sorgeberechtigten Elternteils nicht vorliegt, erkläre ich, dass der andere sorgeberechtigte Elternteil über die Diagnostik und Behandlung informiert wurde und hiermit einverstanden ist.

Ich verpflichte mich, die Praxis unverzüglich zu informieren, sofern sich am Sorgerecht oder an der Einwilligung des anderen sorgeberechtigten Elternteils etwas ändert.

Sorgerecht

- ☐ gemeinsames Sorgerecht
 - ☐ alleiniges Sorgerecht Mutter
 - ☐ alleiniges Sorgerecht Vater
 - ☐ sonstige Sorgeberechtigte: _____
-

Unterschriften

Unterschrift Sorgeberechtigte/r