

## EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG ZUR DIAGNOSTIK UND WEITERFÜHRENDEN BEHANDLUNG

Sehr geehrte Eltern / Sorgeberechtigten,

Sie haben uns Ihr Kind aufgrund von vermuteten oder bestehenden Schwierigkeiten in seiner psychischen Entwicklung vorgestellt. Nach neuerer Rechtsprechung ist die kinder- und jugendpsychiatrische Betreuung keine „Angelegenheit des täglichen Lebens“, d.h. dass für eine erforderliche Behandlung die Sorgeberechtigten ihr Einverständnis schriftlich geben müssen. Dieses gilt auch bei getrennt lebenden/geschiedenen Eltern, wenn beide sorgeberechtigt sind.

Wir bitten Sie daher, uns zum nächsten Termin die unten stehende Einverständniserklärung unterzeichnet zurück zu geben.

Vielen Dank

Ihr Praxisteam

## ERKLÄRUNG DER SORGBERECHTIGTEN

Ich / Wir erkläre(n) uns mit der Vorstellung, kinder- und jugendpsychiatrischer Diagnostik und ggf. weiterführenden Behandlung meines Kindes in der Praxis für Kinder.- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie Dr. med. Simone Wenderoth, Karsten Mailänder und Dr. med. Dirk Holst einverstanden.

Ich / Wir versichere(n), dass sich unser Kind nicht in einer bereits laufenden Behandlung in einem sozialpädiatrischen Zentrum, einer psychiatrischen Institutsambulanz, einer anderen kinder- und jugendpsychiatrischen und/ oder kinderneurologischen Praxis befindet.

**Name des Kindes:** \_\_\_\_\_

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

### **Kindsmutter:**

(wenn nicht leibl. Eltern: Personenberechtigter)

**Name in Druckbuchstaben:** \_\_\_\_\_

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

### **Kindsvater:**

**Name in Druckbuchstaben:** \_\_\_\_\_

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

**Ich bin allein sorgeberechtigt** **Unterschrift:** \_\_\_\_\_

An der Münze 1  
21335 Lüneburg  
Tel.: 04131 - 33 93 8  
Fax: 04131 - 23 22 80

info@praxis-andermueenze1.de  
www.praxis-andermueenze1.de