

Erklärung zur sozialpsychiatrischen Behandlung

Wir erklären hiermit, dass nicht gleichzeitig eine laufende sozialpsychiatrische Behandlung in Sozialpädiatrischen Zentren, Psychiatrischen Institutsambulanzen oder anderen sozialpsychiatrischen Einrichtungen in Anspruch genommen wird bzw. eine stattgefundene Behandlung als beendet erklärt wird.

.....
(Ort, Datum)

.....
(Unterschrift)

Einverständniserklärung

Als Sorgeberechtigte(r) / Vormund erkläre ich mich hiermit einverstanden, dass die der Praxis KIJUPPS zur Verfügung stehenden Daten bzw. Informationen über mein Kind / Mündel ,....., im Rahmen von internen Fallbesprechungen, Teamsitzungen und bei Bedarf in anonymisierter Form bei externen Supervisionen etc. genutzt werden dürfen.

Gegebenenfalls können zu therapeutischen Zwecken/Fortbildungen Foto- und/oder Videoaufnahmen gemacht werden. Darüber werden Sie im Einzelfall in Kenntnis gesetzt.

.....
(Ort, Datum)

.....
(Unterschrift)

Diese Einverständniserklärung können Sie jederzeit widerrufen.