

**Einverständniserklärung des Sorgeberechtigten**

Sehr geehrte/r Frau / Herr \_\_\_\_\_

Ihre Tochter / Ihr Sohn \_\_\_\_\_ wurde  
uns am \_\_\_\_\_ zur Diagnostik und Behandlung in unserer kinder- und  
jugendpsychiatrischen Praxis vorgestellt. Da auch Sie das Sorgerecht für Ihre Tochter / Ihren  
Sohn ausüben, bei der Vorstellung in unserer Praxis jedoch nicht zugegen waren, ist es uns  
außerordentlich wichtig, Sie in die Behandlung einzubeziehen. Für Rückfragen und ggf.  
Terminabsprachen stehen wir Ihnen unter der angegebenen Telefonnummer während  
unserer Sprechzeiten zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen,

---

Datum	Unterschrift	Praxisstempel
-------	--------------	---------------

Ich wurde informiert und bin mit der Behandlung  einverstanden  
 nicht einverstanden

---

Ort, Datum, Unterschrift des Sorgeberechtigten

Diese Einverständniserklärung können Sie jederzeit widerrufen.