

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Sehr geehrte Eltern/Sorgeberechtigten,

Nach aktueller Rechtsprechung ist die kinder- und jugendpsychiatrische Betreuung keine „Angelegenheit des täglichen Lebens“, d. h., dass für eine Diagnostik und/oder Behandlung die Sorgeberechtigten ihr Einverständnis schriftlich geben müssen. Dieses gilt auch bei getrennt lebenden/geschiedenen Eltern, wenn beide sorgeberechtigt sind. Ferner bitten wir Sie zu entscheiden, ob wir sie per E-Mail kontaktieren dürfen.

Name des Kindes/Jugendlichen: _____

Geburtsdatum: _____

Einverständnis der Sorgeberechtigten:

Ich / Wir sind mit der Diagnostik und ggf. Behandlung einverstanden

Mein / Unser Kind befindet sich derzeit **nicht** in einer laufenden Behandlung in einem sozialpädiatrischem Zentrum, einer psychiatrischen Institutsambulanz oder einer anderen Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie.

Ich / Wir sind damit einverstanden, dass die Praxis auf E-Mails von mir / uns antwortet oder Kontakt mit mir / uns aufnimmt, sofern eine E-Mail-Adresse hinterlegt wurde. Mir / Uns ist bewusst, dass es sich um einen unsicheren, unverschlüsselten Kommunikationsweg handelt.

Unterschriften der Sorgeberechtigten:

Kindesmutter: _____
(Name, Vorname)

Datum: _____ Unterschrift: _____

Kindesvater: _____
(Name, Vorname)

Datum: _____ Unterschrift: _____

Andere: _____
(Name, Vorname)

Datum: _____ Unterschrift: _____

Diese Einverständniserklärung kann jederzeit widerrufen werden.

Widerruf am: _____ durch: _____