
München, den

Einverständniserklärung

Hiermit bin ich, die Mutter/der Vater/der Vormund, mit der diagnostischen und therapeutischen Behandlung meines Kindes

(Name, Vorname und Geburtsdatum des Kindes)

in o.g. Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie einverstanden.
Als getrennt lebende Eltern verpflichten wir uns dazu, uns jeweils gegenseitig über die mit nur einem Elternteil geführten Absprachen/Aufklärungen zu benachrichtigen.
Sollten Fragen zum Behandlungsverlauf entstehen, gibt es die Gelegenheit telefonisch oder auch persönlich nach Terminvereinbarung mit der behandelnden Ärztin/dem behandelnden Arzt Kontakt aufzunehmen.

(Ort, Datum und Unterschrift der/des Sorgeberechtigten)