



Behandlungseinwilligung

Name Patient/in:

geboren am:

Sorgeberechtigte: (bitte ankreuzen)

- ☐ Beide Eltern (☐ zusammenlebend ☐ getrennt lebend)
- ☐ Mutter
- ☐ Vater
- ☐ gesetzlicher Vormund

Mutter

Vor- und Nachname:

Telefonnummer:

Vater

Vor- und Nachname:

Telefonnummer:

Vormund

Vor- und Nachname:

Telefonnummer:

Mobilfunknummer Patient/in
(soweit vorhanden)

Behandlungszustimmung

Ich bin darüber informiert worden, dass eine kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung das Einverständnis aller Sorgeberechtigten bedarf. Hiermit erkläre ich mich mit der Diagnostik und Behandlung als Sorgeberechtigte/Sorgeberechtigter meines Kindes einverstanden.

Datum und Unterschrift eines Sorgeberechtigten

Datum und Unterschrift des 2. Sorgeberechtigten

Es müssen grundsätzlich **beide** erziehungsberechtigten Elternteile der Diagnostik/Behandlung zustimmen, auch bei getrenntlebenden Elternteilen mit gemeinsamem Sorgerecht!

.....

Erklärung zu Parallelbehandlungen

Die Vorgaben der gesetzlichen Krankenversicherung gestatten keine parallele Behandlung in einem sozialpädiatrischen Zentrum (SPZ), einer Psychiatrischen Institutsambulanz oder einer anderen Kinder- und Jugendpsychiatrischen Praxis (SPV).

Ich versichere/Wir versichern, dass sich unser Kind nicht in einer bereits laufenden Behandlung in einer dieser o.g. Einrichtungen befindet. Sollte sich dies ändern, werden wir die Praxis umgehend informieren.

Ort, Datum und Unterschrift des/der Sorgeberechtigten

.....

Verarbeitung personenbezogener Daten

Ich/Wir sind damit einverstanden, dass meine/unsere Daten und die Daten des Kindes gemäß den Vorgaben der EU-Datenschutzgrundverordnung verarbeitet werden.

Ort, Datum und Unterschrift des/der Sorgeberechtigten