

Dr. med. C. Alexander Heise

Dr. med. Kerstin Sehmer-Kurz

FACHÄRZTE FÜR KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE UND -PSYCHOTHERAPIE

TEICHWEG 1 • 37085 GÖTTINGEN • TEL. 0551/44003 • FAX 0551/44029

Patientenname: _____, **geb. am** _____

Sorgeberechtigte:

Beide Eltern (zusammenlebend O, getrennt lebend O), Mutter O, Vater O, gesetzlicher Vormund O

Mutter

Name: _____, Telefonnummer: _____

Vater

Name: _____, Telefonnummer: _____

Vormund

Name: _____, Telefonnummer: _____

Mobilfunknummer des Patienten (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, Unterschrift eines Sorgeberechtigten



Datum, 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 gestatteten keine parallele Behandlung in einem sozialpädiatrischen Zentrum (SPZ), einer Psychiatrischen Institutsambulanz oder einer anderen Kinder- und Jugendpsychiatrischen Praxis (SPV).

Ich/ wir versicher(n), dass sich unser Kind nicht in einer bereits laufenden Behandlung in einem dieser o.g. Einrichtungen befindet. Sollte sich dies ändern, werden wir die Praxis umgehend informieren.



Ort, Datum; 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; Unterschrift des/ der Sorgeberechtigten

Widerrufshinweis: Alle oben unterschriebenen Erklärungen der Sorgeberechtigten können jederzeit in Teilen oder Gesamt widerrufen werden.