

Name des Patienten: **{Patient.Vorname} {Patient.Nachname}**

Liebe Mutter, lieber Vater,

Sie haben das gemeinsame Sorgerecht für Ihr Kind, leben aber getrennt. Um Ihr Kind in unserer kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis behandeln zu können, brauchen wir die Zustimmung von Ihnen Beiden.

Deswegen bitte ich Sie, die unten stehende Erklärung zu unterschreiben. Bei Fragen bzgl. der geplanten Behandlung können Sie gerne einen Telefontermin mit uns vereinbaren. Bitte hinterlegen Sie uns Ihre Mailadresse sowie Ihre Telefonnummer.

Bitte kreuzen Sie an, wer zu dem Erst- bzw. Abschlussgespräch kommen wird:

Mutter _____ und / oder Vater _____ oder beide gemeinsam

B.Binz,
(Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie)

Erklärung

Ich erkläre mich mit der geplanten Behandlung meiner Tochter/meines Sohnes durch die kinder- und jugendpsychiatrische Praxis von Frau Binz einverstanden.

Datum, Mailadresse, Telefonnummer, **Unterschrift Mutter**

Datum, Mailadresse, Telefonnummer, **Unterschrift Vater**