



Einverständnis-Erklärung bei getrennt lebenden Sorgeberechtigten

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass

mein Sohn meine Tochter

Name des Kindes/Jgdl.: _____

Geburtsdatum: _____

wohnhaft.: _____

in der

**Gemeinschaftspraxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie am Friesenweg -
Dr.med. Behrens & Dr. med. Stolle**

untersucht und behandelt wird.

Darüber hinaus ermächtige ich

die Mutter (Name: _____)

den Vater (Name: _____)

alle hierfür notwendigen Schweigepflichtsentbindungen vorzunehmen, wie zum Beispiel für den Kinderarzt,
andere behandelnde Therapeuten etc.

(Unterschrift Sorgeberechtigte/r)

Name des/der Unterzeichnenden: _____

Anschrift des/der Unterzeichnenden: _____

Telefonnummer des/der Unterzeichnenden: _____

Bitte bringen Sie diesen Bogen ausgefüllt zum ersten Gesprächstermin mit!