

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 Sorgeberechtigter/ Sorgeberechtigter meines Kindes einverstanden.



Datum, Unterschrift eines Sorgeberechtigten



Datum, Unterschrift des 2. Sorgeberechtigten

Bei getrenntlebenden Elternteilen mit gemeinsamem Sorgerecht müssen **beide Elternteile** unterschreiben!

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/ 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.