

**Hauptstandort:**  
Dannhopsweg 2  
38477 Jembke  
Tel. 05366 9538-0  
info@mvz-ankerplatz.de

**Zweigpraxis:**  
Lüneburger Str. 13  
38518 Gifhorn  
Tel. 05371 9609683  
info-gf@  
mvz-ankerplatz.de

## Einverständniserklärung zur Diagnostik und weiterführenden Behandlung

Sehr geehrte Eltern / Sorgeberechtigte,

Sie haben uns Ihr Kind auf Grund von vermuteten oder bestehenden Schwierigkeiten in seiner psychischen Entwicklung vorgestellt. Nach neuerer Rechtsprechung ist die kinder- und jugend-psychiatrische Betreuung keine „Angelegenheit des täglichen Lebens“, d. h., dass für eine erforderliche Behandlung die Sorgeberechtigten ihr Einverständnis schriftlich geben müssen. Dieses gilt auch bei getrennt lebenden/ geschiedenen Eltern, wenn beide sorgeberechtigt sind.

Wir bitten Sie daher, uns zum nächsten Termin die untenstehende Einverständniserklärung unterzeichnet zurück zu geben.

**Die Aufsichtspflicht** in der Praxis obliegt den sorgeberechtigten Eltern. Wir bitten Sie, solange mit Ihrem Kind gemeinsam im Wartebereich zu bleiben, bis Sie mit dem zuständigen Arzt /Therapeut alles Notwendige besprochen haben und Ihr Kind rechtzeitig nach dem Termin wieder in Empfang nehmen.

**Diagnostiktermine** werden vormittags stattfinden (ca. 6-8 Termine, je nach Fragestellung).

*Vielen Dank!*  
*Ihre Ärzte im MVZ Ankerplatz*

Name des Kindes: \_\_\_\_\_

Geb. Datum \_\_\_\_\_

### Erklärung der Sorgeberechtigten:

Ich / Wir erkläre(n) uns mit der Vorstellung, kinder- und jugendpsychiatrischer Diagnostik und ggfs. weiterführender Behandlung meines Kindes im MVZ Ankerplatz einverstanden.

Kindsmutter:  
(wenn nicht leibl. Eltern: Personensorgeberechtigter)

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

Kindsvater:

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

Ich bin allein sorgeberechtigt. Unterschrift: \_\_\_\_\_