

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: _____

Hauptstandort:

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

Zweigpraxen:

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

Schöninger Str. 20-21
38350 Helmstedt
Tel. 05351 553322
info-he@
mvz-ankerplatz.de