



Einwilligung der/des Sorgeberechtigten

Name des Kindes: Geb.:
(bitte in Druckbuchstaben)

Sehr geehrte/r Sorgeberechtigte/r

Ihre oben genannte Tochter/Ihr oben genannter Sohn hat sich in unserer kinder- und jugendpsychiatrischen Sprechstunde vorgestellt. Nach der geltenden Rechtsprechung ist vor Einleitung einer weiteren Diagnostik oder gegebenenfalls Therapie das Einverständnis der/des nicht persönlich anwesenden Sorgeberechtigten einzuholen. Wir bitten Sie um eine entsprechende Bestätigung auf dem unteren Abschnitt und um Rücksendung dieses Schreibens an unsere Praxis. Für Rückfragen stehen wir gerne zu Ihrer Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Ihr Team der Praxis Duda

Von der kinder- und jugendpsychiatrischen Vorstellung meines Sohnes/meiner Tochter habe ich Kenntnis genommen. Ich erkläre mich mit einer weiteren Diagnostik und gegebenenfalls Therapie meines Kindes in der Praxis Duda einverstanden.

Name der/des Sorgeberechtigten:

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift