

---

Name des Kindes / Jugendlichen

geboren am

---

Mutter: Name, Vorname

---

Vater: Name, Vorname

Liebe Eltern, Ihr Kind darf in unserer Praxis nur behandelt werden, wenn uns von BEIDEN Elternteilen / Sorgeberechtigten die Einverständniserklärung vorliegt.

## Einverständnis mit der Behandlung

Als sorgeberechtigte Person (en) des o.g. Kindes/Jugendlichen bin ich/sind wir mit der Untersuchung und Behandlung in der o.g. Kinder- und Jugendpsychiatrischen Praxis einverstanden.

---

Mutter: Ort, Datum, Unterschrift

---

Vater: Ort, Datum, Unterschrift

## Einverständnis mit einer Fotoaufnahme / für Diagnostik nutzbare Videoaufnahmen

Diese werden ausschließlich intern genutzt und werden nach abgeschlossener Behandlung vernichtet.

**Foto**       Einverstanden       Nicht einverstanden

**Video**       Einverstanden       Nicht einverstanden

---

Mutter: Ort, Datum, Unterschrift

---

Vater: Ort, Datum, Unterschrift

---

Name des Kindes / Jugendlichen

geboren am

## Einverständnis mit einem Bericht an die überweisende Ärztin, den überweisenden Arzt

Mit der Entbindung von der Schweigepflicht der Mitarbeiter der kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis gegenüber den Mitarbeitern der überweisenden Arztpraxis zur Berichtslegung bezüglich des o.g. Kindes/Jugendlichen sind wir als sorgeberechtigte Personen

Einverstanden

Nicht einverstanden

---

Mutter: Ort, Datum, Unterschrift

---

Vater: Ort, Datum, Unterschrift

## Einverständnis mit der Korrespondenz über das Internet

Die Möglichkeit einer Kommunikation zwischen dem Praxisteam und den Sorgeberechtigten/Angehörigen bzw. den Kindern und Jugendlichen über das Internet erleichtert einen gegenseitigen Austausch. Im Hinblick auf Datenschutz kann aber keine absolute Sicherheit gewährleistet werden. Als sorgeberechtigte Person/en des o.g. Kindes bzw. des Jugendlichen bin ich/sind wir mit dem Austausch von Informationen über das Internet (E-Mail)

Einverstanden

Nicht einverstanden

---

Mutter: Ort, Datum, Unterschrift

---

Vater: Ort, Datum, Unterschrift