

Dr. med. Bodo Pisarsky

Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie
und –psychotherapie
Psychiatrie Psychotherapie

Einverständniserklärung

Liebe Eltern,

um die diagnostische Abklärung und Behandlung Ihres Kindes beginnen zu können, brauchen wir in der Regel die schriftliche Einverständniserklärung beider Eltern.

Im Rahmen der Behandlung ist es erforderlich, dass wir ein **Photo** des Kindes machen und dies in der digitalen Akte speichern. Es dient nur dokumentarischen Zwecken und wird in keinem anderen Zusammenhang verwendet.

Bitte nennen Sie uns auch den behandelnden Kinder- oder Hausarzt, an den nach Abschluss der Diagnostik ein Arztbrief geschickt werden soll.

Name des Kindes: **geb.:**

Name des Kinder- oder Hausarztes:

.....

Bitte ankreuzen:

- gemeinsames Sorgerecht
- alleiniges Sorgerecht Kindsmutter alleiniges Sorgerecht Kindsvater
- sonstige Regelungen (z. B. Vormund, Betreuer)

Ich/Wir erkläre/n mich/uns mit einer kinderpsychiatrischen Abklärung/Behandlung meines/unseres Kindes einverstanden.

Datum/Unterschrift der Mutter:

Datum/Unterschrift des Vaters:

Datum/Unterschrift des Vormund:.....

Wir bitten Sie freundlichst, uns diesen Bogen ausgefüllt zurückzugeben oder zurückzuschicken. Vielen Dank!

Tempelhofer Damm 138 12099 Berlin
Tel.: 030-694 63 20 Fax: 030-757 07 641
www.kinderpsychiatrie-praxis.de