

Einverständniserklärung

für

Name, Vorname des Kindes / Jugendlichen

Geburtsdatum

Hiermit bestätige(n) ich / wir, dass aktuell (im laufenden Quartal) **keine** Behandlung in einem Sozialpädiatrischen Zentrum (SPZ), einer Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) oder einer anderen sozialpsychiatrischen Einrichtung (andere Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie) erfolgt bzw. erfolgen wird. Ich / wir bestätigen mit meiner / unserer Unterschrift, die Praxis unverzüglich darüber zu informieren, sollten Termine in entsprechenden Einrichtungen vereinbart werden.

Datum

Unterschrift(en) der sorgeberechtigten Person(en)

Mit der folgenden Unterschrift erkläre(n) ich mich / wir uns mit der Diagnostik und Behandlung meines / unseres Kindes in der Praxis Schajan einverstanden. Ich / wir stimme(n) außerdem zu, dass Daten zur Verwendung in der Praxis aufgezeichnet und archiviert werden dürfen.

☐ Ich habe das alleinige Sorgerecht.

Datum

Unterschrift der sorgeberechtigten Person

☐ Wir haben das gemeinsame Sorgerecht bzw. erkläre ich, dass die / der abwesende Sorgeberechtigte mit der Behandlung einverstanden ist. Eine entsprechende Einverständniserklärung / Vollmacht habe ich mitgebracht.

Datum

Unterschrift Mutter

Unterschrift Vater