



Einverständnis-Erklärung bei getrennt lebenden Sorgeberechtigten

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass mein Sohn/meine Tochter

Name des Kindes/Jgdl.: _____

Geburtsdatum: _____

wohnhaft.: _____

in der

**Gemeinschaftspraxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie am
Friesenweg Dr. med. Lammel & Dr. med. Stolle**

untersucht und behandelt wird.

Darüber hinaus ermächtige ich

- die Mutter (Name: _____)

- den Vater (Name: _____)

alle hierfür notwendigen Schweigepflichtsentbindungen vorzunehmen, wie zum Beispiel für
den Kinderarzt/-ärztin, andere behandelnde Therapeuten etc.

(Unterschrift Sorgeberechtigte/r)

Name des/der Unterzeichnenden: _____

Anschrift des/der Unterzeichnenden: _____

(Straße, PLZ, Ort):

Telefonnummer des/der Unterzeichnenden: _____

Bitte bringen Sie diesen Bogen ausgefüllt zum ersten Gesprächstermin mit!