

Dr. med. Tobias Hülsey Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie

---

Friedrichstraße 1 · 15537 Erkner · Tel: 0 33 62 / 39 46 587 · Fax: 0 33 62 / 39 46 588 · e-mail: info@kjp-erkner.de

Liebe Eltern,

Sie wünschen die Vorstellung oder Behandlung Ihres Kindes in meiner Facharztpraxis. Um Ihrem Anliegen entsprechen zu können, benötigen wir die schriftliche Einwilligung aller Sorgeberechtigten, das heißt in der Regel beider Eltern. Dies ist auch dann nötig, wenn beide Elternteile nicht mehr zusammenleben, jedoch das Sorgerecht gemeinsam ausüben.

---

Name, Vorname, Anschrift, Tel.nr. des Kindes

Geburtsdatum

---

Name, Vorname, Anschrift, E-Mail, Tel.nr. der Mutter

---

Name, Vorname, Anschrift, E-Mail, Tel.nr. des Vaters

Das Sorgerecht wird ausgeübt von:

- beiden Eltern
- nur von der Mutter
- nur vom Vater
- anderen: \_\_\_\_\_

Erklärung des/ der Sorgeberechtigten

Ich habe Kenntnis davon erlangt, dass die Behandlung in der Praxis die Einwilligung aller Sorgeberechtigten erfordert. Sofern das Sorgerecht für oben genanntes Kind von mehreren Personen ausgeübt wird, werde ich diese über die Vorstellung informieren und die nötige Einwilligung schriftlich einholen. Sollte dies nicht möglich sein, werde ich die Praxis darüber informieren und das weitere Vorgehen vereinbaren.

Ich/ Wir bestätige/n zudem, dass aktuell keine parallele sozialpsychiatrische Behandlung in einem sozialpädiatrischen Zentrum, einer kinder- und jugendpsychiatrischen Institutsambulanz, Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie oder in anderen sozialpsychiatrischen Einrichtungen erfolgt. Sollte der Fall einer parallelen Behandlung eintreten, werde/n ich/wir dies der Praxis umgehend mitteilen.

Ich/ Wir wurde/n darüber informiert, dass für Termine, die nicht wenigstens 2 Werktage (48 Stunden) zuvor per e-Mail storniert wurden, eine Ausfallentschädigung in Höhe von ca. 45 € in Rechnung gestellt wird. Von der Berechnung der Ausfallentschädigung kann abgesehen werden wenn bei kurzfristiger Erkrankung ein ärztliches Attest vorgelegt wird.

---

Ort, Datum

---

1. Sorgeberechtigte/r

---

2. Sorgeberechtigte/r

\* Sie haben jederzeit die Möglichkeit Ihre Einwilligung zu widerrufen