

Einverständniserklärung ambulante Behandlung

KJP Dortmund Ambulanz

Liebe Eltern,

bei dem bestehenden gemeinsamen Sorgerecht für Ihren Sohn / Tochter benötigen wir von beiden Eltern das schriftliche Einverständnis für die gewünschte kinder- und jugendpsychiatrische Diagnostik und / oder Behandlung.

Vielen Dank für Ihr Verständnis.

Das Team der Ambulanz

Einverständniserklärung (Sorgerecht beide Eltern)

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

_____ geb: _____

in der Institutsambulanz für Kinder- und Jugendpsychiatrie, der LWL Klinik Dortmund -Elisabeth-Klinik- behandelt wird. Diese Behandlung kann auch medizinische, diagnostische Maßnahmen (Blutentnahme, EKG, EEG) einschließen.

Dortmund, den

Patient:in (über 14 Jahre)

Name (Sorgeberechtigte/r 1)

Unterschrift (Sorgeberechtigte/r 1)

Name (Sorgeberechtigte/r 2)

Unterschrift (Sorgeberechtigte/r 2)