

## 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)