KJP-Praxis Hürth
Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie
und -psychotherapie

Vogelsanger Weg 6, 50354 Hürth
Telefon: 02233/9610-10
Telefax: 02233/9610-199
info@kjp-praxis-huerth.de
www.kjp-praxis-huerth.de

KJP-Praxis Hürth
Praxis für Kinder- und Jugend-psychiatrie und -psychotherapie

Einverständniserklärung Behandlung

Ich/Wir _____

_____
Name, Vorname aller Sorgeberechtigten

habe/n das Sorgerecht für_____,

geb. am _____

und erkläre/n mich/uns mit einer kinder- und jugendpsychiatrischen Diagnostik und ggf. Behandlung ebenso wie ggf. mit einer psychotherapeutischen oder funktionellen Behandlung (Ergo- oder Physiotherapie bzw. Logopädie) einverstanden.

Hürth, den _____
Datum

Unterschrift Sorgeberechtigte/r: _____

Falls nur ein Elternteil/Sorgeberechtigter die Einverständniserklärung zur Behandlung unterschreibt, muss diese Zusatzerklärung unterschrieben werden:

Hiermit erkläre ich, dass der/die andere Sorgeberichtigte über die oben genannte Diagnostik/Behandlung informiert und ebenfalls damit einverstanden ist.

Hürth, den _____
Datum

Unterschrift Sorgeberechtigte/r: _____