



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 Zusatzklärung unterschrieben werden:

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

Hürth, den _____
Datum

Unterschrift Sorgeberechtigte/r: _____