



## 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.

Bonn, 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.

Bonn, den \_\_\_\_\_  
Datum

Unterschrift Sorgeberechtigte/r: \_\_\_\_\_