



Gemeinschaftspraxis
Dr. med. Eileen von Lehmden
Dr. med. Gesa Martini
**Fachärztinnen für Kinder- & Jugend-
psychiatrie & -psychotherapie**
DIAGNOSTIK | BERATUNG | THERAPIE

Einverständniserklärungen I

Name des Kindes/Jugendlichen:

Geboren am:

Mutter:

Vor- und Nachname:

Vater:

Vor- und Nachname:

Vormund:

Vor- und Nachname:

Einverständnis mit der Behandlung:

Als sorgeberechtigte Person (en) des o.g. Kindes/Jugendlichen bin ich/sind wir mit der Untersuchung und Behandlung in der o.g. Kinder- und Jugendpsychiatrischen Praxis einverstanden.

Unterschriften aller Sorgeberechtigten

Mutter:

Ort/Datum/Unterschrift:

Vater:

Ort/Datum/Unterschrift:

Vormund:

Ort/Datum/Unterschrift:

Einverständnis mit einer Fotoaufnahme / für Diagnostik nutzbare Videoaufnahmen:

Diese werden ausschließlich intern genutzt und werden nach abgeschlossener Behandlung vernichtet.

Unterschriften aller Sorgeberechtigten

Foto: Einverstanden

Nicht einverstanden

Video: Einverstanden

Nicht einverstanden

Mutter:

Ort/Datum/Unterschrift:

Vater:

Ort/Datum/Unterschrift:

Vormund:

Ort/Datum/Unterschrift:

Einverständniserklärungen II

Name des Kindes/Jugendlichen:

Geboren am:

Einverständnis mit einem Bericht an die überweisende Ärztin, den überweisenden Arzt:

Mit der Entbindung von der Schweigepflicht der Mitarbeiter der kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis gegenüber den Mitarbeitern der überweisenden Arztpraxis zur Berichtsensendung bezüglich des o.g. Kindes/Jugendlichen sind wir als sorgeberechtigte Personen

einverstanden nicht einverstanden.

Unterschriften aller Sorgeberechtigten

Mutter:

Ort/Datum/Unterschrift:

Vater:

Ort/Datum/Unterschrift:

Vormund:

Ort/Datum/Unterschrift:

Einverständnis mit der Korrespondenz über das Internet:

Die Möglichkeit einer Kommunikation zwischen dem Praxisteam und den Sorgeberechtigten/Angehörigen bzw. den Kindern und Jugendlichen über das Internet erleichtert einen gegenseitigen Austausch. Im Hinblick auf Datenschutz kann aber keine absolute Sicherheit gewährleistet werden.

Als sorgeberechtigte Person/en des o.g. Kindes bzw. des Jugendlichen bin ich/sind wir mit dem Austausch von Informationen über das Internet (E-Mail)

einverstanden nicht einverstanden.

Unterschriften aller Sorgeberechtigten

Mutter:

Ort/Datum/Unterschrift:

Vater:

Ort/Datum/Unterschrift:

Vormund:

Ort/Datum/Unterschrift:
