

Einverständniserklärung

Liebe Eltern,

bei der Vorstellung von Kindern getrennt lebender Eltern mit gemeinsamem Sorgerecht sind wir verpflichtet, vom getrennt lebenden Elternteil eine schriftliche Einverständniserklärung für die Diagnostik und Therapie in unserer Praxis anzufordern.

Mit freundlichen Grüßen

Dres. med. Nasser, Theill, Borsbach, Michels

Hiermit erkläre ich mich (Name/Vorname) _____

mit der Diagnostik und Therapie meines Kindes

(Name/Vorname/Geb.-datum.) _____

im fachärztlichen Zentrum für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie einverstanden.

Diese Einverständniserklärung kann jederzeit schriftlich widerrufen werden.

Leider müssen wir dann die Behandlung beenden, da für die Behandlung ihres Kindes das Einverständnis beider sorgeberechtigter Eltern erforderlich ist.

Datum / Unterschrift



fachärztlicheszentrum
für Kinder- und Jugendpsychiatrie
und -psychotherapie

GEMEINSCHAFTSPRAXIS

Dr. med. Raed - Peter Nasser

Dr. med. Oliver Theill

Dr. med. Susanne Borsbach

Dr. med. Daniela Michels

Herzogstr. 89-91
40215 Düsseldorf

Fon 0211/93 88 96 90

Fax 0211/93 88 96 929

E-Mail mail@kjp-praxis.de

Web www.kjp-praxis.de