

KINDER- UND JUGENDPSYCHIATERIN ANDREA GONSIOR

Einverständniserklärung zur kinder- und jugendpsychiatrischen Diagnostik und Behandlung in der Praxis Kinder- & Jugendpsychiaterin Andrea Gonsior

Angaben zum Patienten / zur Patientin

Name; Vorname

Geburtsdatum

Anschrift

Erklärung der Sorgeberechtigten

Hiermit erklären wir als Sorgeberechtigte/r unser Einverständnis zur Durchführung der kinder- und jugendpsychiatrischen Diagnostik sowie gegebenenfalls erforderlicher Behandlungsmaßnahmen in der Praxis Kinder- & Jugendpsychiaterin Andrea Gonsior.

Uns ist bekannt, dass die Diagnostik und Behandlung Gespräche, Untersuchungen, testpsychologische Verfahren sowie weitere medizinisch und therapeutisch notwendige Maßnahmen umfassen kann.

Wir bestätigen, dass wir über das Sorgerecht verfügen und der Vorstellung sowie Behandlung des oben genannten Kindes/Jugendlichen zustimmen.

Zusätzliche Zustimmung Jugendlicher ab dem 16. Lebensjahr

Bei Jugendlichen ab Vollendung des 16. Lebensjahres ist zusätzlich die eigene Zustimmung erforderlich:

Ich erkläre hiermit mein Einverständnis zur kinder- und jugendpsychiatrischen Diagnostik und Behandlung in der Praxis Andrea Gonsior.

Name des Jugendlichen / der Jugendlichen

Unterschrift Jugendliche/r (ab 16 Jahre)

Ort, Datum

Zustimmung bei Volljährigkeit

Bei volljährigen Patientinnen und Patienten ist ausschließlich die Zustimmung der betroffenen Person erforderlich.

Ich erkläre hiermit mein Einverständnis zur psychiatrischen Diagnostik und Behandlung in der Praxis Kinder- & Jugendpsychiaterin Andrea Gonsior.

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in

KINDER- UND JUGENDPSYCHIATERIN ANDREA GONSIOR

PATIENT:IN

Name, Vorname, Geb.datum

Unterschriften der Sorgeberechtigten

SORGEBERECHTIGT 1

Name; Vorname; Geb.Datum

Verhältnis zum Kind

Ort, Datum

Unterschrift

SORGEBERECHTIGT 2

Name; Vorname; Geb.Datum

Verhältnis zum Kind

Ort, Datum

Unterschrift

Wichtiger Hinweis zur Einverständniserklärung zur kinder- und jugend-psychiatrischen Diagnostik und Behandlung in der Praxis Kinder- & Jugendpsychiaterin Andrea Gonsior:

Damit ich Ihr Kind in meiner Praxis diagnostisch abklären und gegebenenfalls behandeln kann, benötigen ich aus rechtlichen Gründen die Zustimmung aller sorgeberechtigten Personen. Bitte laden Sie dieses Formular herunter, drucken Sie es aus und bringen Sie es zum Ersttermin vollständig ausgefüllt und von allen Sorgeberechtigten unterschrieben mit.

Sollte nur eine sorgeberechtigte Person unterschreiben können, bitte ich Sie um Vorlage eines entsprechenden Nachweises über das alleinige Sorgerecht oder einer anderen rechtlichen Grundlage, aus der sich die alleinige Entscheidungsbefugnis ergibt.

Bei Jugendlichen ab dem 16. Lebensjahr benötige ich zusätzlich die Unterschrift des Jugendlichen bzw. der Jugendlichen.

Bei volljährigen Patientinnen und Patienten ist ausschließlich die eigene Unterschrift erforderlich.

Ich bitte um Verständnis, dass eine Diagnostik oder Behandlung ohne die erforderlichen Einverständniserklärungen nicht durchgeführt werden kann. Die Einholung dieser Zustimmungen dient dem Schutz der Rechte aller Beteiligten und ist für mich rechtlich verbindlich.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung und die sorgfältige Vorbereitung des Ersttermins. Dadurch können wir den Termin optimal für Ihr Kind / für Sie nutzen.

Ihre Kinder- & Jugendpsychiaterin Andrea Gonsior