



Name des Kindes \_\_\_\_\_

**Untersuchungs- und Behandlungseinwilligung**

Wir willigen in die Untersuchung und Behandlung unseres Kindes in der sozialpsychiatrischen Praxis ein.

- Ich erkläre, dass mein Kind in diesem Quartal neben dieser Praxis keine Diagnostik oder Behandlung durch nichtärztliche Mitarbeiter in einem sozialpädiatrischen Zentrum/ einer psychiatrischen Institutsambulanz/ einer sozialpsychiatrischen Arztpraxis erhält.
- Ich habe die Datenschutzerklärung gelesen und erkläre hiermit mein Einverständnis.
- Ich habe das alleinige Sorgerecht.

\_\_\_\_\_  
Name der /des Sorgeberechtigten

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Name der /des Sorgeberechtigten

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum