

Martina Skrotzki

Kinder- und Jugendpsychiatrie

Heeserstr. 8

57072 Siegen

Tel.: 0271-703096-0

Fax: 0271-703096-29

E-Mail: info@praxis-skrotzki.de

Einverständniserklärung

Hiermit erkläre ich/erklären wir,geb. ammich /uns
mit der Diagnostik und ggf. darauf folgender Behandlung meines Kindes geboren
am in der kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis von Martina Skrotzki einverstanden.

Adresse:

.....
.....
.....

Tel./Handy:.....

Datum

Unterschriften aller Sorgeberechtigten

Wenn nur ein Elternteil zur Behandlung kommt, darf die Praxis davon ausgehen, dass der Behandlung von beiden Elternteilen zugestimmt ist. Ansonsten muss der Behandlung ausschließlich schriftlich widersprochen werden.

Ausschluss sozialpsychiatrischer Behandlung

Hiermit bestätige/n ich/wir, dass bei meinem/ unserem Kind,geb. am
.....

zurzeit keine sozialpsychiatrische Behandlung in sozialpsychiatrischen Zentren, kinderpsychiatrischen Institutsambulanzen
oder anderen sozialpsychiatrischen Einrichtungen stattfindet.

Falls ich/wir Termine in den o. g. Einrichtungen vereinbare/n, verpflichte/n ich/wir mich/uns, dies unmittelbar mitzuteilen.

Datum

Unterschriften aller Sorgeberechtigten