

KJP Praxis Goslar

Janina Jördens

FÄ für Kinder- und Jugendpsychiatrie

Grauhöfer Straße 26 | 38640 Goslar

Telefon: 05321/393110 | Telefax: 05321/3931122



Einverständniserklärung des Sorgeberechtigten

Sehr geehrte/r Frau / Herr _____

Ihre Tochter / Ihr Sohn _____ wurde uns am _____ zur Diagnostik und Behandlung in unserer kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis vorgestellt. Da auch Sie das Sorgerecht für Ihre Tochter / Ihren Sohn ausüben, bei der Vorstellung in unserer Praxis jedoch nicht zugegen waren, ist es uns außerordentlich wichtig, Sie in die Behandlung einzubeziehen. Für Rückfragen und ggf. Terminabsprachen stehen wir Ihnen unter der angegebenen Telefonnummer während unserer Sprechzeiten zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen,

Datum

Unterschrift

Praxisstempel

Ich wurde informiert und bin mit der Behandlung

einverstanden

nicht einverstanden

Ort, Datum, Unterschrift des Sorgeberechtigten