



KJPP

GABRIELE GRIEP

Ärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie
und Psychotherapie aKJP / tFKJP

Psychiatrie und Psychotherapie tFP

KONTAKTDATEN

Sophienallee 24 | 20257 Hamburg

Tel: 040 4014343 | Fax: 040 4014344

E-Mail: praxis@kjpp-sophienallee.de

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Behandlungsvertrag

Liebe Eltern,

Sie haben sich zu einer Vorstellung zur Diagnostik und/oder Behandlung Ihres Kindes in unserer Praxis entschlossen und angemeldet. Um Ihrem Wunsch zu entsprechen, benötigen wir die schriftliche Einwilligung aller Sorgeberechtigten, das heißt in der Regel von beiden Eltern. Dies ist insbesondere dann nötig, wenn beide Elternteile nicht mehr zusammenleben und getrennt sind, jedoch das Sorgerecht gemeinsam ausüben.

.....
Name, Vorname des Kindes / Patienten

.....
Geburtsdatum

.....
Anschrift

.....
Name, Vorname der Mutter / Vater

.....
Telefonnummer

.....
Anschrift

.....
Name, Vorname des Vaters / Mutter

.....
Telefonnummer

.....
Anschrift

- Ich wurde darüber informiert, dass die Behandlung in der Praxis die Einwilligung aller Sorgeberechtigten erfordert. Sofern noch nicht geschehen, werde ich mich mit anderen Sorgeberechtigten in Verbindung setzen, sie über die heutige Vorstellung informieren und die nötige Einwilligung einholen. Sollte dies nicht möglich sein, werde ich die Praxis darüber informieren und das weitere Vorgehen abstimmen.

- Ich bestätige, dass ich die Praxis KJPP Gabriele Griep darüber informieren werde, wenn im laufenden Quartal parallel eine Behandlung in einer anderen kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis oder in einer KJP-Institutsambulanz erfolgt(e).

- Darüber hinaus erteile ich / erteilen wir allen Mitarbeiter*innen und kooperierenden Kolleg*innen der Praxis KJPP Gabriele Griep die Erlaubnis, die Daten und Befunde unseres Kindes einzusehen.

Hamburg, den

.....
Unterschrift Sorgeberechtigte(r)

.....
Unterschrift Sorgeberechtigte(r)