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, liebe Patient*innen,
Sie haben sich zu einer Vorstellung zur Diagnostik und/oder Behandlung Ihres Kindes in unserer Praxis 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.

Das Sorgerecht wird ausgeführt von (zutreffendes bitte ankreuzen)

☐ beiden Eltern ☐ nur einem Elternnteil: Name .....
☐ Anderen z. B. Vormud: Name .....
☐ ich bin volljährig

.....
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 informiere, wenn im laufenden Quartal parallel eine Behandlung in einer anderen kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis, in einer KJP-Klink Ambulanz oder in einer KJP-Institutsambulanz erfolgt(e) oder geplant ist.

☐ Ich erteile / wir erteilen allen Mitarbeiter*innen der Praxis KJPP Gabriele Griep die Erlaubnis, meine Daten und Befunde einzusehen / die Daten und Befunde unseres Kindes einzusehen .

Hamburg, den .....

.....
Unterschrift Sorgeberechtigte(r)

.....
Unterschrift Patien*in