



Center for child & adolescent psychiatry & psychotherapy
Kinder- & Jugendpsychiatrische Praxis

Praxis Heuschen | Artilleriestr. 13 | 80636 München

Klaus Werner Heuschen

München, _____

Einverständniserklärung

(Name, Vorname des Kindes, Geburtsdatum)

O.g. Patient/in wurde mir seitens eines Sorgeberechtigten vorgestellt. Da gemeinsames Sorgerecht besteht, möchten wir Sie darüber in Kenntnis setzen und Ihr Einverständnis einholen. Füllen Sie bitte hierfür unten stehende Erklärung aus.

Darüber hinaus würden wir es begrüßen Ihre Einschätzung zur Lebenssituation Ihres Kindes zu erfahren und Sie bitten beigefügte Fragebögen an uns zurückzusenden.

K. Werner Heuschen
FA f. Kinder- u. Jugendpsychiatrie

Einverständniserklärung

Ich, die Mutter / der Vater, bin mit der diagnostischen Abklärung und ggf. mit der Einleitung einer therapeutischen Behandlung (Therapien/Einstellung auf ein Medikament) einverstanden und habe jederzeit Gelegenheit telefonisch, per Email oder persönlich nach Terminabsprache Rückfragen beim behandelnden Arzt zu stellen. Ich bitte um Übersendung des ärztlichen Berichts an folgende Adresse: (falls für einzelne Maßnahmen kein Einverständnis besteht, diese bitte streichen!)

(Name, Vorname des zweiten Sorgeberechtigten)

(Datum, Unterschrift)