



---

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

**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 untenstehende 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!)

---

Hiermit verpflichten sich getrenntlebende Eltern, sich gegenseitig über einzeln geführte Aufklärungen zu informieren.

---

(Name, Vorname des Vaters)

---

(Datum, Unterschrift)

---

(Name, Vorname der Mutter)

---

(Datum, Unterschrift)

---

Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie  
K. Werner Heuschen  
☞ Artilleriestr. 13  
80636 München  
☎ +49.(0)89.3090566-40  
☎ +49.(0)89.3090566-44  
✉ sekretariat@heuschen-kjpp.de  
🌐 www.heuschen-kjpp.de

---

Bankverbindung K. Werner Heuschen  
Stadtparkasse München  
IBAN: DE76 7015 0000 0087 2170 30  
BIC: SSKMDEMMXXX

Steuer-ID/TIN: 147/198/50333