



Praxis Alipoé-Schnetzer

Kinder- und Jugendpsychiatrie
& Psychotherapie

Einverständniserklärung zur Diagnostik und weiterführenden Behandlung

Sehr geehrte Eltern / Sorgeberechtigte(n),

Nach neuerer Rechtsprechung ist die kinder- und jugendpsychiatrische Betreuung keine „Angelegenheit des täglichen Lebens“, d. h., dass für eine erforderliche Behandlung die Sorgeberechtigten ihr schriftliches Einverständnis geben müssen. Dieses gilt insbesondere für getrennt lebende/geschiedene Eltern mit gemeinsamen Sorgerecht.

Wir bitten Sie daher, uns die folgende Einverständniserklärung zu unterzeichnen und zurück zu geben.

Patient (in): _____

Ich/Wir erkläre(n) uns mit der Vorstellung, kinder- und jugendpsychiatrischer Diagnostik und ggf. weiterführenden Behandlung meines/unseres Kindes in der Praxis Alipoé-Schnetzer einverstanden.

Ich/Wir versichere(n), dass sich mein/unser Kind nicht in einer bereits laufenden Behandlung in einem sozialpädiatrischen Zentrum, einer psychiatrischen Institutsambulanz oder einer anderen SPV-Einrichtung befindet.

(Unterschrift sorgeberechtigte(r) Mutter/Vater)

Hannover, den

Dr. med. Lena Alipoé-Schnetzer
Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -
psychotherapie