



Praxis Alipoé-Schnetzer

Kinder- und Jugendpsychiatrie
& Psychotherapie

DR. MED. LENA ALIPOÉ-SCHNETZER
FACHÄRZTIN FÜR KINDER-
UND JUGENDPSYCHIATRIE
UND –PSYCHOTRHERAPIE
BRABECKSTR. 168
30539 HANNOVER

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 versichere/ Wir versichern, 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 sorgeberechtigter Vater

Unterschrift sorgeberechtigte Mutter

Hannover, den

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



Praxis Alipoé-Schnetzer

Kinder- und Jugendpsychiatrie
& Psychotherapie