

Dr. med. Swantje Hemicker

Kinder- und Jugendpsychiaterin
Kinder- und Jugendärztin

Winthirstraße 4, 80639 München
sekretariat@dr-hemicker.de
Tel.: 089-13998829 Fax: 089-13998830



München, den _____

Einverständniserklärung

Vor- und Nachname

geboren am

O.g. Patient/in wurde uns seitens eines Sorgeberechtigten vorgestellt. Da ein gemeinsames Sorgerecht besteht, wollen wir Sie darüber in Kenntnis setzen und Ihr Einverständnis einholen. Füllen Sie bitte hierfür nachstehende Erklärung aus.

Dr. med. Swantje Hemicker
Kinder- und Jugendpsychiaterin

Einverständniserklärung

Ich, die Mutter/der Vater, bin mit der diagnostischen Abklärung und ggf. mit der Einleitung einer therapeutischen Behandlung (z.B. Psychotherapie/der Einstellung auf ein Medikament) einverstanden. Mir ist bekannt, dass ich jederzeit Gelegenheit habe, telefonisch per E-Mail (s.o.) oder persönlich nach Terminabsprache, Rückfragen beim behandelnden Arzt zu stellen.

Vor- und Nachname (in Druckbuchstaben)
des zweiten Sorgeberechtigten

Datum, Unterschrift