



Stephan Jakob
Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
Lutherstr. 80a
06110 Halle (Saale)

Einverständnis in die Behandlung

Hiermit erkläre/n ich/wir mich/uns einverstanden, dass mein/unser Kind

Name, Vorname des Kindes:

Geburtsdatum:

wohnhaft.:

durch

Herrn Stephan Jakob, Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie,
untersucht und behandelt wird.

Nur bei getrennt lebenden Eltern mit gemeinsamem Sorgerecht für das o.g. Kind:

Darüber hinaus ermächtige ich den Elternteil

Name, Vorname:

alle hierfür notwendigen Schweigepflichtsentbindungen (z.B. gegenüber dem Kinderarzt, Schule usw.) vorzunehmen sowie Entscheidungen hinsichtlich diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen zu treffen. Der ermächtigte Elternteil sichert hiermit zu, den ermächtigenden Elternteil vollumfänglich über die geplanten und getroffenen Maßnahmen zu informieren.

Name, Vorname ermächtigender (getrennt lebender) Elternteil:

Unterschrift ermächtigender Elternteil:

Name, Vorname (ermächtigter) Elternteil:

Unterschrift (ermächtigter) Elternteil:

Bitte bringen Sie diesen Bogen ausgefüllt zum ersten Gesprächstermin mit!

Einverständnis in die Behandlung – Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
Stephan Jakob