

## BEHANDLUNGSZUSTIMMUNG

Patientenname:	geboren am:
----------------	-------------

### Sorgeberechtigt sind:

Beide Eltern (gem. Haushalt)      Namen:      Tel.:

Beide Eltern (getrennt lebend)      Namen:      Tel.:

Mutter alleinig      Name:      Tel.:

Vater alleinig      Name:      Tel.:

Vormund      Name:      Tel.:

Für dringende Fälle kann auch eine zusätzliche Mobil- oder Arbeitsnummer hilfreich sein.

Mobilnummer des Patienten (soweit vorhanden):
---

### Behandlungszustimmung:

Mir/uns ist bekannt, dass eine kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung nur mit Einverständnis aller Sorgeberechtigten erfolgen kann. Der/die Unterzeichner/in versichert hiermit, dass alle Sorgeberechtigten über die Behandlung in der Praxis Dr. Warncke informiert wurden und damit einverstanden sind.

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift einer/s Sorgeberechtigten      Unterschrift der/s 2. Sorgeberechtigten (bei getrennt  
lebenden Eltern mit gemeinsamem Sorgerecht  
**immer** erforderlich!)

Widerrufshinweis: Alle oben unterschriebenen Erklärungen der Sorgeberechtigten können jederzeit einzeln oder in ihrer Gesamtheit widerrufen werden!