



Angela Schmidt

Praxis für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

Kolpingstraße 9
40721 Hilden

Fon: 02103-976217

Fax: 02103-976216

Mail: kontakt@kjppraxisangelaschmidt.de

Web: www.kjppraxisangelaschmidt.de

Liebe Eltern,

Sie haben sich zu einer Vorstellung oder Behandlung Ihres Kindes in unserer Praxis entschlossen. Um Ihrem Wunsch zu entsprechen, benötigen wir die schriftliche Einwilligung aller Sorgeberechtigten, das heißt in der Regel beider Eltern.

Dies ist auch dann nötig, wenn beide Elternteile nicht mehr zusammenleben, jedoch das Sorgerecht gemeinsam ausüben.

.....
Name, Vorname des Kindes

.....
Geburtsdatum

.....
Name, Vorname der Mutter

.....
Geburtsdatum

.....
Name, Vorname des Vaters

.....
Geburtsdatum

Das Sorgerecht wird ausgeübt von (bitte Zutreffendes ankreuzen):

- beiden Eltern
- nur von der Mutter
- nur vom Vater
- andere:.....

Ich wurde darüber informiert, dass die Behandlung in der Praxis die Einwilligung aller Sorgeberechtigten erfordert. Sofern noch nicht geschehen, werde ich mich mit anderen Sorgeberechtigten in Verbindung setzen, sie über die heutige Vorstellung informieren und die nötige Einwilligung einholen. Sollte dies nicht möglich sein, werde ich die Praxis darüber informieren und das weitere Vorgehen vereinbaren.

Ich wurde darüber aufgeklärt, dass mir für den Fall, dass ein Folgetermin nicht 48h vorher abgesagt wird, ein Ausfallhonorar in Höhe von € 60,- in Rechnung gestellt wird.

Hilden, den

.....
Unterschrift Sorgeberechtigte(r) 1

.....
Unterschrift Sorgeberechtigte(r) 2