



Einverständniserklärung

Name des Kindes: _____, geb. am _____

Sorgeberechtigte Elternteile: _____

Ich/Wir sind mit einer kinder- und jugendpsychiatrischen Diagnostik und ggfs. psychotherapeutischen Behandlung in der Praxis Dr. Scherf & Kollegen einverstanden.

Unterschrift Kindsmutter

Unterschrift Kindsvater

Schweigepflichtentbindung

Ich gebe (bei gemeinsamen Sorgerecht: alle Inhaber des Sorgerechts geben) der Praxis Dr. Scherf & Kollegen mein/unser Einverständnis, bei Bedarf Auskünfte und Befunde über mein/unser Kind bei folgenden Stellen einzuholen bzw. eigene erhobene Befunde mit diesen Stellen auszutauschen.

Vorbehandelnde Ärzte: _____

Überweisender Arzt: _____

Externe Therapeuten: _____

Kita/Schule: _____

Jugendamt: _____

Sonstige: _____

Die Entbindung von der Schweigepflicht umfasst alle Tatsachen und Erklärungen, die ich den Therapeuten und Mitarbeitern der Praxis Dr. Scherf & Kollegen gegenüber anvertraut habe. Diese Entbindungserklärung kann ich jederzeit schriftlich zurücknehmen.

Potsdam, den _____ Unterschrift _____