



Sehr geehrte Eltern,

unsere Praxis arbeitet nach dem Modell der Sozialpsychiatrischen Versorgung (SPV). Das ermöglicht uns, in einem multiprofessionellen Team zu arbeiten. Das SPV-Modell sieht eine Erweiterung der Behandlung durch andere Therapeuten (z.B. Sozialpädagogen, Psychotherapeuten, Ergotherapeuten, Logopäden) und eine Kooperation mit anderen Einrichtungen vor. Dadurch wird eine hohe qualitative Versorgung der Patienten gewährleistet. Damit Ihr Kind im Rahmen der SPV behandelt werden kann, benötigen wir von Ihnen folgende Einverständniserklärung.

Einverständniserklärung zur Sozialpsychiatrischen Vereinbarung (SPV)

.....
Name d. Patienten/Patientin

.....
Geb.-Datum

Hiermit bestätige ich, dass mein Kind aktuell keine Behandlung oder Beratung in einer der folgenden Institutionen in Anspruch nimmt, bzw. die Behandlung dort spätestens im letzten Quartal beendet wurde.

Dazu gehören:

- Andere Sozialpsychiatrische Praxen
- SPZ (sozialpädiatrisches Zentrum)
- Psychiatrischen Institutsambulanzen

Diese Bestätigung gilt bis auf Widerruf. Sollte sich eine Veränderung ergeben, werde ich die Praxis Dr. Scherf & Kollegen umgehend schriftlich darüber informieren.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift erziehungsberechtigte Person