



**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 \_\_\_\_\_