

## **Behandlungsvereinbarung bei gemeinsamem Sorgerecht**

**Name des Patienten:**

**geb:**

Ich, (Name Elternteil) \_\_\_\_\_ erkläre,  
dass wir das gemeinsame Sorgerecht für unser Kind haben.

Ich wurde am \_\_\_\_\_ darüber aufgeklärt, dass eine Diagnostik und Behandlung  
bei gemeinsamem Sorgerecht nur mit Wissen und Einverständnis **beider Elternteile** erfolgen kann.

Ich werde die Kindesmutter/ den Kindsvater über die Vorstellung unseres Kindes in der Praxis  
informieren und ihr/ sein Einverständnis hierzu einholen.

Ich, \_\_\_\_\_ (**Kindesmutter**)

bin mit der Diagnostik, Behandlung und Gabe der vom Arzt verordneten Medikamente unseres Kindes  
in der Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie Dres. Pain und Mattick  
einverstanden.

**Ort, Datum**

**Unterschrift Kindesmutter**

Ich, \_\_\_\_\_ (**Kindsvater**)

bin mit der Diagnostik, Behandlung und Gabe der vom Arzt verordneten Medikamente unseres Kindes  
in der Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie Dres. Pain und Mattick  
einverstanden

**Ort, Datum**

**Unterschrift Kindsvater**