

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 und Behandlung 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 und Behandlung unseres Kindes in der Praxis für Kinder- und
Jugendpsychiatrie und Psychotherapie Dres. Pain und Mattick einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift Kindsvater