



## DAS BEHANDLUNGSEINVERSTÄNDNIS

...ist zwingend erforderlich bei getrennten Eltern mit geteiltem Sorgerecht! Dann muss das Elternteil, bei dem das Kind nicht seinen Hauptwohnsitz hat, diese Erklärung ausfüllen.

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Vater / Mutter von: \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_

Anschrift KV /KM: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Telefon / Mobilfunk: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Hiermit erkläre ich als KM / KV / Personensorgeberechtigte(r) mit Gesundheitsorge, dass ich mit der Diagnostik und Therapie in der KJP Praxis Göbeke in Norden einverstanden bin.

Mit der Kommunikation über unverschlüsselte E-Mails bin ich einverstanden. Mir ist bewusst, dass diese unter Umständen von Dritten mitgelesen werden können (ggf. streichen).

Mit freundlichen Grüßen

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift