



KJP. Praxis

Sabine Leschhorn

Fachärztin für Kinder- und Jugend-
psychiatrie und -psychotherapie

Oberstr. 48
40878 Ratingen

Tel.: 02102 954940
Fax: 02102 954949

info@kjp-praxis-leschhorn.de
www.kjp-praxis-leschhorn.de

Behandlungsvertrag

Liebe Eltern, liebe Sorgeberechtigte,

Sie wünschen eine Behandlung in unserer Praxis. Hierzu benötigen wir die Einwilligung beider Eltern bzw. aller Sorgeberechtigter. Auch dann, wenn Sie getrennt leben und das gemeinsame Sorgerecht ausüben.

.....
Name, Vorname (Kind)

.....
Geburtsdatum (Kind)

.....
Straße

.....
PLZ, Ort

.....
Name, Vorname (Mutter)

.....
Geburtsdatum (Mutter)

.....
Straße

.....
PLZ, Ort

.....
Name, Vorname (Vater)

.....
Geburtsdatum (Vater)

.....
Straße

.....
PLZ, Ort



KJP. Praxis

Sabine Leschhorn

Sorgeberechtigt ist/sind (bitte ankreuzen):

- beide Eltern
- nur Mutter
- nur Vater
- andere Person:

Ich wurde darüber informiert, dass eine Behandlung in der Praxis die Einwilligung aller Sorgeberechtigten erfordert. Sollte das Einverständnis anderer Sorgeberechtigter noch fehlen, werde ich diese umgehend kontaktieren, über die Vorstellung des Kindes in der Praxis informieren und eine Einwilligung einholen. Sollte dies nicht gelingen, informiere ich die Praxis und bespreche das weitere Vorgehen.

Ich versichere, dass unser Kind derzeit nicht parallel in einer anderen kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis, einer Institutsambulanz, einem SPZ oder ähnlichen Einrichtungen behandelt wird oder angemeldet ist. Ich werde die Praxis ggf. umgehend informieren.

Ich erlaube ausdrücklich, dass die angestellten Ärzte und Therapeuten der Praxis die Behandlungsdaten meines Kindes einsehen dürfen.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift (Mutter)

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift (Vater)

