

## Einverständniserklärung

Für die Behandlung von: .....  
(Name, Vorname und Geburtsdatum des Kindes / Jugendliche/n)

Hiermit erklären wir:

Frau: .....

wohnhaft in: .....  
(Straße, PLZ, Wohnort)

und

Herr: .....

wohnhaft in: .....

dass wir als sorgeberechtigte Eltern die Behandlung in Ihrer Praxis wünschen.

**Wir erklären uns bereit, die Termine in Ihrer Praxis einzuhalten und in Ausnahmefällen 48 Stunden vorher abzusagen.**

Ich versichere, dass mein Kind nicht zeitgleich in einer anderen kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis, psychiatrischen Institutsambulanz oder einem SPZ behandelt wird.

.....  
(Unterschrift Mutter)

.....  
(Unterschrift Vater)

**(von beiden Eltern zu unterzeichnen. Falls nur ein Elternteil sorgeberechtigt ist, bitten wir um einen entsprechenden Beschluss des Amtsgerichtes)**

Wuppertal, den .....