



Praxis Tara Dougherty
Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie
Benzstr. 3a · 37083 Göttingen
Telefon 0551.7707980 · Telefax 0551.7707981
kjppraxis@posteo.de

Behandlungsvertrag

Sehr geehrte Eltern/Sorgeberechtigte,

Sie möchten uns Ihr Kind aufgrund von vermuteten oder bestehenden Schwierigkeiten in seiner psychischen Entwicklung vorstellen. Die kinder- und jugendpsychiatrische Betreuung ist keine Angelegenheit des täglichen Lebens, d. h. dass für eine erforderliche Behandlung die Sorgeberechtigten ihr Einverständnis schriftlich erteilen müssen. Dieses gilt auch bei getrennt lebenden und/oder geschiedenen Eltern, wenn beide sorgeberechtigt sind.

Wir bitten Sie daher uns die untenstehende **Einverständniserklärung** und die **Schweigepflichtentbindung** (rosa Blatt) **noch vor dem vereinbarten Ersttermin unterzeichnet zurück zu senden.**

Wichtig: Wir möchten darauf hinweisen, dass wir den vereinbarten Termin absagen und anderweitig vergeben müssen, wenn uns die Einverständniserklärung beider Sorgeberechtigten spätestens 10 Tage vor dem Termin nicht vorliegt!

Erklärung der Sorgeberechtigten

Ich wir erklären(n) uns mit der Vorstellung, kinder- und jugendpsychiatrischer Diagnostik und ggf. weiterführenden Behandlung meines/unsere o.g. Kindes in der Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie Frau Dougherty einverstanden.

Ich/wir versicher(n), dass sich unser Kind nicht in einer bereits laufenden Behandlung in einem sozialpädiatrischen Zentrum (SPZ), einer Psychiatrischen Institutsambulanz oder einer anderen SPV Einrichtung befindet.

Ich/wir bin/sind damit einverstanden, dass meine/unsere Daten und die Daten des Kindes nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) verarbeitet werden. Mein Einverständnis kann jederzeit widerrufen werden.

Name des Kindes: _____ **Geb. Datum:** _____

Name der Mutter: _____
(wenn nicht leibliche Eltern: Personensorgeberechtigter)

Datum: _____ Unterschrift: _____

Name des Vaters: _____
(wenn nicht leibliche Eltern: Personensorgeberechtigter)

Datum: _____ Unterschrift: _____

Ich bin alleine sorgeberechtigt (bitte Nachweis beifügen)