

Einwilligungserklärung

Hiermit erkläre ich mich mit der Untersuchung und ggf. Behandlung
von _____

durch die Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und
-psychotherapie Frau Kristina Kaiser, Praxis für KJPP, Meiereistr. 2
in 24855 Jübek, und ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter
einverstanden.

Dies beinhaltet auch psychologische Diagnostik.

Mit der Kontaktaufnahme durch die Praxis über Telefon, Brief,
E-Mail und SMS bin ich / sind wir ebenfalls einverstanden.

(Nichtzutreffendes ggf. streichen.)

Ich habe / wir haben zur Kenntnis genommen, dass die
Patienteninformation zum Datenschutz in der Praxis aushängt und
auf der Website der Praxis einsehbar ist.

Diese Einwilligungserklärung kann widerrufen werden.

Ort, Datum, Unterschrift der Mutter

Ort, Datum, Unterschrift des Vaters

Ort, Datum, Unterschrift des Vormundes

Ort, Datum, Unterschrift der / des Patienten /in

Ich bin alleinige/r Inhaber/in der elterlichen Sorge (bitte ggf. ankreuzen)