

## Behandlungsvertrag

Sehr geehrte Eltern,

sie haben sich für eine Diagnostik/Therapie in unserer Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie entschieden.

Name des Kindes: .....

Für diese Behandlung benötigen wir die Einwilligung aller Sorgeberechtigten, d.h. in der Regel beider Eltern: §1687 BGB Ausübung der gemeinsamen Sorge bei getrennt lebenden Eltern (1)

Name der Mutter: .....

Name des Vaters: .....

Sorgeberechtigt ist/sind: .....

Ich wurde darüber informiert, das die Behandlung die Einwilligung aller Sorgeberechtigten erfordert. Sofern noch nicht geschehen, werde ich mich mit dem anderen Sorgeberechtigten in Verbindung setzen, ihn über die heutige Vorstellung informieren und die erforderlich Einwilligung zur kinder- und Jugendpsychiatrischen Behandlung einholen. Sollte dies nicht möglich sein, werde ich die Praxis schnellstmöglich informieren, um das weitere Vorgehen zu klären.

Bad Salzungen, den .....

.....

Unterschrift **aller** gesetzlich Sorgeberechtigten

Ich bestätige hiermit, das aktuell keine weitere sozialpsychiatrische Behandlung in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis einer Institutsambulanz für Kinder- und Jugendpsychiatrie und-psychotherapie oder in einem SPZ erfolgt. Sollte eine solche Behandlung eintreten, werde ich Frau Dr. med. Konrad unmittelbar darüber informieren.

Bad Salzungen, den .....

.....

Unterschrift der Sorgeberechtigten