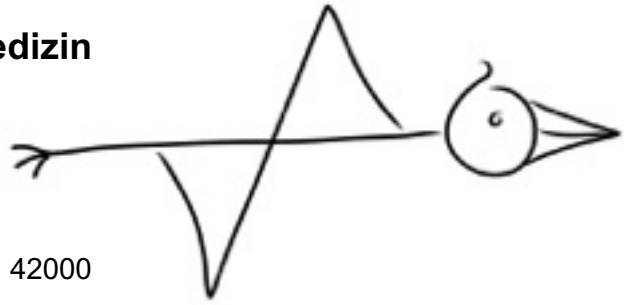


## Praxis für Kinder- und Jugendmedizin

- Psychotherapie -

Dr. med. Britta Schmitz

Heidesheimer Str. 26, 55124 Mainz, T 06131 42000



Liebe Eltern,  
Liebe Pflegeeltern,

bei der Vorstellung von Kindern mit getrenntlebenden Eltern mit gemeinsamem Sorgerecht oder von Kindern, die in Pflegefamilien leben, sind wir verpflichtet, von allen Sorgeberechtigten des Kindes eine schriftliche Einverständniserklärung für eine Diagnostik und Therapie in unserer Praxis einzuholen. Die Einverständniserklärung aller Sorgeberechtigten **muss** zwingend bis spätestens beim zweiten Termin in unserer Praxis vorliegen.

Ohne vorliegende Einverständniserklärung dürfen wir Ihr Kind nicht behandeln. Sämtliche bereits vereinbarten Termine müssen dann, bis Erhalt der Einverständniserklärung storniert und eventuell daraus entstehende Kosten in Rechnung gestellt werden.

### Einverständniserklärung

Hiermit erkläre ich, \_\_\_\_\_,

geb. am: \_\_\_\_\_

Aktuelle Anschrift: \_\_\_\_\_

mich mit der Diagnostik/ Therapie meiner Tochter/ meines Sohnes

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

in der Praxis für Kinder- und Jugendmedizin Dres. med. Schmitz und Kiesewetter einverstanden.

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit schriftlich widerrufen kann.

Ort, Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_