



Einverständniserklärung der Sorgeberechtigten zur kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung
Kinder- und Jugendpsychiatrische Institutsambulanz (KJPIA)

.....
Vor- und Zuname Patient

.....
Straße und Hausnummer

.....
Postleitzahl und Wohnort

- Hiermit erklären wir, als sorgeberechtigte Eltern, unser
- Hiermit erkläre ich, als sorgeberechtigter Elternteil, mein
- Hiermit erkläre ich, als Vormund, mein

Einverständnis, zur ambulanten Behandlung meines/unseres Kindes/des Kindes in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie im AWO Psychiatriezentrum.

Ich weiß/Wir wissen, dass ich/wir diese Einwilligungserklärung jederzeit ohne Angabe von Gründen für die Zukunft widerrufen kann/können. Der Widerruf ist per E-Mail an Poststelle@awo-apz.de (bitte mit Angabe des Patientennamens) oder postalisch an AWO Psychiatriezentrum, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Vor dem Kaiserdom 10, 38154 Königslutter zu richten. Ihr Widerruf gilt allerdings erst ab dem Zeitpunkt, zu dem er uns erreicht. Er hat keine Rückwirkung.

Ort:..... Datum:

.....
Unterschrift sorgeberechtigte Mutter

.....
Unterschrift sorgeberechtigter Vater

.....
Unterschrift sorgeberechtigter Vormund

Bitte bringen Sie das ausgefüllte Formular mit, da wir Ihr Kind nur mit dem Einverständnis aller Sorgeberechtigten behandeln dürfen.

Sollten Sie das alleinige Sorgerecht innehaben, so stellen Sie uns bitte eine Kopie des Nachweises zur Verfügung.