



Sorgerechtserklärung

Name des Patienten _____ Geburtsdatum _____

Adresse _____

Die Vorstellung, Diagnostik und Behandlung Ihres Kindes erfordert das Einverständnis aller Sorgeberechtigten.

Das Sorgerecht liegt zu _____% bei der Kindsmutter und zu _____% beim Kindsvater.

Mit der Unterschrift bestätigen wir die Richtigkeit der Angaben und erklären uns mit einer Vorstellung, Diagnostik und Behandlung unseres o.g. Kindes durch Frau Daniela Horwath-Wilde, Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, einverstanden.

Name der sorgeberechtigten Mutter

Datum, Unterschrift

Name des sorgeberechtigten Vaters

Datum, Unterschrift