



Sehr geehrte Eltern,

bitte senden Sie diese Einwilligungserklärung mit Anmeldebogen an uns zurück.
Alle von Ihnen gemachten Angaben unterliegen der Schweigepflicht.
Für Rückfragen stehen wir Ihnen bei Bedarf vor der Vorstellung zur Verfügung.

Einwilligungserklärung

Aus rechtlichen Gründen kann eine Vorstellung / Behandlung

Ihrer Tochter / Ihres Sohnes _____ geb. am _____

im Sozialpädiatrischen Zentrum nur mit schriftlicher Einwilligung der Sorgeberechtigten (Recht auf Gesundheitsfürsorge) erfolgen. Bei einem gemeinsamen Sorgerecht ist somit die Einwilligung beider Sorgeberechtigten notwendig.

Wir sind mit der Vorstellung / Behandlung einverstanden:

1. Sorgeberechtigter:

Datum, Name, Unterschrift

2. Sorgeberechtigter:

Datum, Name, Unterschrift

Ich bin alleine sorgeberechtigt und mit der Vorstellung / Behandlung einverstanden:

Datum, Name, Unterschrift

Ich bin nicht alleine sorgeberechtigt, versichere aber dass **alle Sorgeberechtigten** über die Vorstellung / Behandlung im SPZ informiert und mit dieser einverstanden sind:

Datum, Name, Unterschrift

Ebenfalls sorgeberechtigt ist (Name und Anschrift):
