



KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE & PSYCHOTHERAPIE

Dr. med. univ. Daniela Frank-Anwar

Einverständniserklärung

des abwesenden personensorgeberechtigten Elternteils

Ich bin damit einverstanden, dass meine Tochter/mein Sohn

Name des Kindes:

Geburtsdatum:

in der **Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie Dr. med. univ. Daniela Frank-Anwar in Landau** untersucht und behandelt wird.

Diese Einverständniserklärung kann jederzeit schriftlich mit sofortiger Wirkung widerrufen werden.

Ich bevollmächtige

die Mutter

den Vater

Name:

sonstige Personen (bspw. Pflegeeltern, Wohngruppe)

Name:

in die Behandlung einzuwilligen und die notwendigen Erklärungen abzugeben.

Darüber hinaus

bevollmächtige ich sie/ihn bevollmächtige ich sie/ihn **n i c h t**,

die hierfür notwendigen Entbindungen der Schweigepflicht vorzunehmen (bspw. Haus-/Kinderarzt, Kita, Schule, Jugendamt, weitere behandelnden Therapeuten ...)

Name des/ der Unterzeichnenden:

Ort, Datum:

Unterschrift:

Erreichbar telefonisch unter der Nr.: