

Dr. med. Alexander Fink

Pandurenweg 8,
94469 Deggendorf

anmeldung@fink-kjp.de
Tel.: 0991/7657 Fax: 0991/38316555

Deggendorf, den _____

Einverständniserklärung

Vor- und Nachname

geboren am

O.g. Patient/in wurde uns seitens eines Sorgeberechtigten vorgestellt. Da ein gemeinsames Sorgerecht besteht, wollen wir Sie darüber in Kenntnis setzen und Ihr Einverständnis einholen. Füllen Sie bitte hierfür nachstehende Erklärung aus.

Dr. med. Alexander Fink
Kinder- und Jugendpsychiater

Einverständniserklärung

Ich, die Mutter/der Vater, bin mit der diagnostischen Abklärung und ggf. mit der Einleitung einer therapeutischen Behandlung (z.B. Psychotherapie/der Einstellung auf ein Medikament) einverstanden. Mir ist bekannt, dass ich jederzeit Gelegenheit habe, telefonisch per E-Mail (s.o.) oder persönlich nach Terminabsprache, Rückfragen beim behandelnden Arzt zu stellen.

Vor- und Nachname (in Druckbuchstaben)
des zweiten Sorgeberechtigten

Datum, Unterschrift