



Behandlungsvereinbarung bei alleinigem Sorgerecht

Kinder- und
Jugendpsychiater
Dr. med. O. Niethammer und
P. Quartz

Betrifft:

Ich, _____ (Name Elternteil), erkläre, dass ich das alleinige
Sorgerecht für mein Kind habe.

Ich wurde am _____ darüber aufgeklärt, dass eine Diagnostik und Behandlung nur mit
dem Wissen und Einverständnis **des sorgeberechtigten Elternteils** erfolgen kann.

Ich _____ (**Kindsmutter / Kindvater**)
bin mit der Diagnostik und Behandlung meines Kindes in der kinder- und jugendpsychiatrischen
Praxis Dr. med. O. Niethammer und P. Quartz einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift Kindsmutter / Kindvater