

Praxis Dr. med. Christian Focken

- Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie -
Esterfelder Stiege 75, 49716 Meppen
Tel: (05931) 92 50 500 Internet: <https://kinderpsychiater-meppen.de>



Einverständniserklärung aller Sorgeberechtigten

Bei einer kinder- und jugendpsychiatrischen Diagnostik und Behandlung handelt es sich gemäß des Bürgerlichen Gesetzbuchs nicht um eine „Angelegenheit des täglichen Lebens“ – sondern um eine „Angelegenheit von erheblicher Bedeutung“.

Daher muss in unserer Praxis schon zu Beginn der Diagnostik oder Behandlung die Zustimmung aller Sorgeberechtigter vorliegen. Wenn Sie sich nicht einig sind, klären Sie dies bitte vor der Inanspruchnahme eines Termins, ggf. auch mit Unterstützung des Familiengerichts. Ohne die Zustimmung aller Sorgeberechtigter können wir Ihr Kind nicht untersuchen oder behandeln.

Die Aufsichtspflicht auch innerhalb der Praxis liegt weiter bei den Sorgeberechtigten. Wenn das Kind alleine mit einem Mitarbeiter spricht, liegt die Aufsichtspflicht bis zum Beginn und ab dem Ende der faktischen Behandlungszeit weiter bei Ihnen.

Daten des Patienten (bitte ausfüllen):

Name des Kindes/Jugendlichen (Patient)	Geburtsdatum (Patient)
--	------------------------

Das Sorgerecht hat/haben (bitte ankreuzen):

- beide Eltern (gemeinsam) Mutter (alleiniges Sorgerecht) Vater (alleiniges Sorgerecht)

andere, z.B. gesetzlicher Vormund: _____
Name und Kontaktdaten (Telefon, Anschrift) des Vormunds

Ich erkläre hiermit: Als sorgeberechtigte Person bin ich damit einverstanden, dass mein Kind in der kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis bei Dr. Focken bzw. seinen Mitarbeitern zur Beratung, Diagnostik und ggf. Behandlung vorgestellt wird. Ich erkläre, dass meine gemachten Angabe zum Sorgerecht vollständig und korrekt sind und ich Änderungen sofort mitteilen werde. Im Falle des gemeinsamen Sorgerechts erkläre ich, dass ich sämtliche behandlungsrelevante Aspekte stets aktuell mit dem jeweils anderen Sorgeberechtigten besprechen und diesen über alle Termine in der Praxis informieren werde. Ich ermächtige zudem den anderen Sorgeberechtigten, auch in meinem Namen notwendige Erklärungen wie eine Schweigepflichtentbindung / Zustimmung zu Beginn oder Veränderung einer Medikation o.ä. vorzunehmen. (Hinweis: Sollten Sie damit nicht einverstanden sein, sprechen Sie uns an und erscheinen Sie als Sorgeberechtigte bitte zu *allen* Terminen gemeinsam in der Praxis!). Diese Erklärung können Sie jederzeit mit Wirkung für die Zukunft ganz oder teilweise widerrufen (Hinweis: Wir empfehlen dafür die Schriftform).

Ort	Datum	Unterschrift Mutter	Unterschrift Vater	Unterschrift Vormund
-----	-------	---------------------	--------------------	----------------------