kjp hoheluft
Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie
und -psychotherapie, Hamburg/Hoheluft

Hoheluftchaussee 36
20253 Hamburg

Telefon: **(040) 741 066 940**
Fax: **(040) 741 066 969**

Internet: **www.kjp-hoheluft.de**
eMail: **hallo@kjp-hoheluft.de**

Liebe Eltern,

Sie haben sich zu einer Vorstellung oder Behandlung Ihres Kindes in unserer Praxis entschlossen. Um Ihrem Wunsch zu entsprechen, benötigen wir die schriftliche Einwilligung aller Sorgeberechtigten, das heißt in der Regel beider Eltern. Dies ist auch dann nötig, wenn beide Elternteile nicht mehr zusammenleben, jedoch das Sorgerecht gemeinsam ausüben.

Name, Vorname des Kindes ..... Geburtsdatum .....

Name, Vorname der Mutter ..... Geburtsdatum .....

Name, Vorname des Vaters ..... Geburtsdatum .....

Das Sorgerecht wird ausgeübt von (bitte Zutreffendes ankreuzen):

- ☐ beiden Eltern
- ☐ nur von der Mutter
- ☐ nur vom Vater
- ☐ andere: .....

Ich wurde darüber informiert, dass die Behandlung in der Praxis die Einwilligung aller Sorgeberechtigten erfordert. Sofern noch nicht geschehen, werde ich mich mit anderen Sorgeberechtigten in Verbindung setzen, sie über die heutige Vorstellung informieren und die nötige Einwilligen einholen. Sollte dies nicht möglich sein, werde ich die Praxis darüber informieren und das weitere Vorgehen vereinbaren.

Ich bestätige zudem, dass aktuell keine parallele Behandlung in einer Kinder- und Jugendpsychiatrischen Institutsambulanz, einem anderen vergleichbaren Institut (Werner-Otto-Institut) oder Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie erfolgt. Sollte der Fall einer parallelen Behandlung eintreten, werde ich die Praxis hierüber informieren.

Ich wurde darüber aufgeklärt, dass mir für den Fall, dass ein Folgetermin nicht 24h vorher abgesagt wird, ein Ausfall–honorar in Höhe von € 58,- in Rechnung gestellt wird.

Hamburg, ...
Datum

Unterschrift Sorgeberechtigte(r) [1] ..... Unterschrift Sorgeberechtigte(r) [2] .....