



Praxis für Familiengesundheit

MVZ für Innere Medizin, Endokrinologie,
Diabetologie und Kinder- und
Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Fulerumer Str. 223, 45149 Essen

Tel. KJP: +49201-56578640

Tel. Innere: +49201-56578641

Fax: +49201-56578642

mail@praxis-fuer-familiengesundheit.de

www.praxis-fuer-familiengesundheit.de

Behandlungsvertrag

Liebe Eltern, liebe Sorgeberechtigte,

Sie wünschen eine Behandlung in unserer Praxis für Familiengesundheit. Hierzu benötigen wir die Einwilligung beider Eltern bzw. aller Sorgeberechtigter. Auch dann, wenn Sie getrennt leben und das gemeinsame Sorgerecht ausüben.

Name, Vorname (Kind)

Geburtsdatum (Kind)

Straße

PLZ, Ort

Name, Vorname (Mutter)

Geburtsdatum (Mutter)

Straße

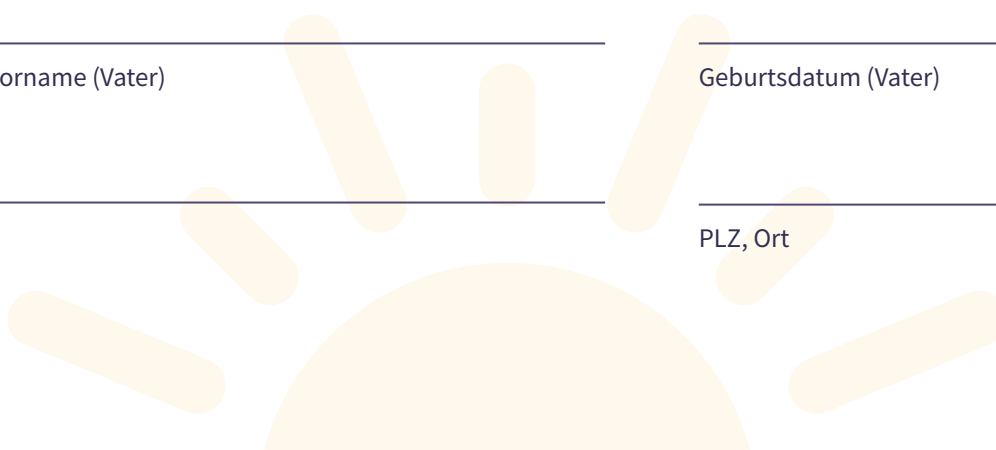
PLZ, Ort

Name, Vorname (Vater)

Geburtsdatum (Vater)

Straße

PLZ, Ort





Praxis für
Familiengesundheit

Sorgeberechtigt ist/sind (bitte ankreuzen):

- beide Eltern
- nur Mutter
- nur Vater
- andere Person: _____

Ich wurde darüber informiert, dass eine Behandlung in der Praxis die Einwilligung aller Sorgeberechtigten erfordert. Sollte das Einverständnis anderer Sorgeberechtigter noch fehlen, werde ich diese umgehend kontaktieren, über die Vorstellung des Kindes in der Praxis informieren und eine Einwilligung einholen. Sollte dies nicht gelingen, informiere ich die Praxis und bespreche das weitere Vorgehen.

Ich erlaube ausdrücklich, dass die angestellten Ärzte und Therapeuten der Praxis die Behandlungsdaten meines Kindes einsehen dürfen.

Ort, Datum

Unterschrift (Mutter)

Ort, Datum

Unterschrift (Vater)

