

Einwilligung in die Behandlung und Diagnostik

Hiermit erkläre ich _____, geb. am _____

_____, geb. am _____

wohnhaft in _____
Straße PLZ Ort

mich einverstanden, dass mein Sohn / meine Tochter

Name des Kindes/Jugendlichen _____

Geburtsdatum: _____

Wohnhaft in: _____
(falls abweichend)

in der Praxis **untersucht und gegebenenfalls behandelt** wird.

Mir ist bekannt, dass ich diese **Zustimmung** jederzeit und ohne Angaben von Gründen mit Wirkung für die Zukunft **widerrufen** kann.

¹Grundsätzlich ist es notwendig, dass **beide Eltern unterschreiben**. Liegt die Unterschrift nur eines Elternteils vor, so **versichert** die/der Unterzeichnende zugleich, dass sie/er im **Einverständnis** mit dem **anderen Elternteil handelt** oder dass sie/er das alleinige Sorgerecht für das Kind/ Jugendliche(n) hat.

Ort, Datum

Unterschrift der/des volljährigen Pat. oder beider sorgeberechtigter Elternteile¹