

Sorgerechtserklärung

Vorname, Name der Sorgeberechtigten

Anschrift: Straße, Hausnummer / Postleitzahl / Ort

Telefonnummer

Hiermit bestätigen wir, dass wir das gemeinsame Sorgerecht für unser Kind

Vorname, Name (Patient)

Hiermit bestätige ich, dass ich das alleinige Sorgerecht für mein Kind

Vorname, Name (Patient)

Hiermit bestätige ich, dass bei meinem Kind

Vorname, Name (Patient)

ein geteiltes Sorgerecht vorliegt.

(Bitte bringen Sie zum nächsten Termin die schriftliche Einverständniserklärung des anderen Sorgeberechtigten mit, ansonsten ist eine kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung nicht möglich).

Hiermit erklären wir uns mit der kinder- und jugendpsychiatrischen Vorstellung und Behandlung des Kindes einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift der Sorgeberechtigten