

Einverständniserklärung

Hiermit erkläre ich mein Einverständnis, dass mein von mir getrennt lebendes Kind

Name, Vorname des **Kindes**:

geboren am:

wohnhaft:

**durch Frau Dr. Susanne Jödicke-Fritz, Fachärztin für Kinder- und
Jugendpsychiatrie/Psychotherapie, Petersdorfer Straße 51, 15517 Fürstenwalde behandelt wird.**

**Ich bin darüber informiert, dass ich in die Behandlung einbezogen werden kann und dies seitens
der Praxis begrüßt wird.**

Angaben des getrennt lebenden sorgeberechtigten Elternteils:

Name, Vorname des **Elternteils**:.....

geboren am:

wohnhaft:

**Des Weiteren entbinde ich alle in die Behandlung einbezogenen Personen / Institutionen (z. B.
Schule / Kita, Jugendamt, vorbehandelnde Therapeuten / Ärzte) von ihrer Schweigepflicht.**

Ort, Datum:

Unterschrift des getrennt lebenden sorgeberechtigten leiblichen Elternteils:
