



## Sorgerecht

Sehr geehrte Eltern und Betreuer,

Ihr Sohn/Ihre Tochter/Ihr Mündel - \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_

wohnhaft: \_\_\_\_\_

soll in unserer sozialpsychiatrischen Praxis behandelt werden. Dafür benötigen wir das Einverständnis der sorgeberechtigten Eltern oder des Vormundes. Bitte teilen Sie uns mit, ob Sie mit der Behandlung einverstanden sind.

Wir möchten die Sorgeberechtigten gerne in die Behandlung mit einbeziehen und würden uns ggf. zu einem späteren Zeitpunkt mit Ihnen in Verbindung setzen. Gerne können Sie uns auch selbst kontaktieren, falls Sie Fragen haben.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. med. Ute Foelkel und Dr. med. Agnes Grohnfeldt

### Einverständnis des Vaters:

---

Datum	Name	Unterschrift
-------	------	--------------

### Einverständnis der Mutter:

---

Datum	Name	Unterschrift
-------	------	--------------

### Einverständnis des Vormundes:

---

Datum	Name	Unterschrift
-------	------	--------------