

MVZ am Waldschlößchen • Louis-Braille-Straße 5 • 01099 Dresden

Einverständniserklärung der Sorgeberechtigten zur Kinder- und Jugend-psychiatrischen/psychotherapeutischen Behandlung im MVZ am Waldschlößchen GmbH

**Medizinisches Versorgungszentrum am Waldschlößchen GmbH
Louis-Braille-Straße 5
01099 Dresden**

Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Psychologische Psychotherapie (Verhaltenstherapie)

Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Geschäftsführer Klaus Dilcher
Ärztliche Leitung Martina Rudolph

Telefon 0351- 44832021
Fax 0351-44832020
info@mvz-waldschloesschen.de

Vor- und Nachname Patient*in: _____

Straße und Hausnummer: _____

PLZ und Ort: _____

	Hiermit erklären wir, als Sorgeberechtigte Eltern, unser
	Hiermit erkläre ich, als sorgeberechtigter Elternteil, mein
	Hiermit erkläre ich, als Vormund, mein

Einverständnis, für eine Diagnostik/ Therapie meines/unseres Kindes/des Kindes in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie im MVZ am Waldschlößchen GmbH.

Ich weiß/Wir wissen, dass ich/wir diese Einwilligungserklärung jederzeit ohne Angabe von Gründen für die Zukunft widerrufen kann/können. Der Widerruf ist per E- Mail an info@mvz-waldschloesschen.de (bitte unter Angabe des Namens der/s Patient*in) oder postalisch an das Medizinisches Versorgungszentrum am Waldschlößchen GmbH, Louis-Braille Straße 5, 01099 Dresden zu richten. Ihr Widerruf gilt ab dem Post-Maileingang, nicht rückwirkend.

Ort, Datum

X

sorgeberechtigter Elternteil 1

X

sorgeberechtigter Elternteil 2

X

sorgeberechtigter Vormund