



*Liebe Eltern,
sehr geehrte Damen und Herren,*

*Ihr Kind wird in unserer Institutsambulanz vorgestellt. Zur Durchführung von psychologischen und medizinischen Untersuchungen, zur Anforderung von Vorbefunden und zur Absprache der Behandlungsmöglichkeiten benötigen wir das Einverständnis **aller** Sorgeberechtigten.*

Ihr Ambulanzteam

Behandlungseinwilligung¹

Ich _____ (Vor- und Nachname), geb. am _____, wohnhaft in _____ (Straße, Nr., PLZ) **stimme zu, dass mein Kind** _____ (Vor- und Nachname), geb. am _____, wohnhaft in _____ (Straße, Nr., PLZ) **in der Institutsambulanz des KEH behandelt wird.**

Diese Einwilligung gilt **insbesondere** für medizinische und psychologische Untersuchungen in der kinder- und jugendpsychiatrischen Ambulanz im KEH sowie für die Anforderungen von Befunden über Vorbehandlungen.

Für eine Behandlung mit einem Medikament oder eine eventuelle Aufnahme in unserer Klinik ist diese Einwilligung ausdrücklich **nicht gültig.**

Diese Vollmacht kann jederzeit von mir zurückgezogen werden. Dies muss der Ambulanz durch mich umgehend mitgeteilt werden.

Telefonnummer(n) bzw. Emailadresse für Rückfragen: _____

Berlin, den _____ **Unterschrift:** _____

¹ Diese Einwilligung ist ein Musterformular. Sie können auch gerne eine eigene Einwilligung erstellen und unterschrieben mitbringen.