



Einverständniserklärung der Personensorgeberechtigten

Sozialpädiatrisches Zentrum Deggendorf

Seite 1 von 1

Gültig ab: 01.10.2010
Version: 1

Liebe Eltern,

besten Dank für die Anmeldung Ihres Kindes zu einer medizinisch-psychologischen Untersuchung bzw. zu einer Therapie hier im SPZ.

Für eine Untersuchung bzw. Therapie im SPZ benötigen wir das Einverständnis der Personensorgeberechtigten.

Vielen Dank für Ihr Verständnis.

Ihr SPZ Team

Einverständniserklärung der Personensorgeberechtigten

Mit meiner Unterschrift erkläre ich/mit unseren Unterschriften erklären wir,

für mein/unser Kind _____, geb. am _____

- alleine personensorgeberechtigt zu sein
- gemeinsam personensorgeberechtigt zu sein
- eine Pflegschaft oder Betreuung besteht bzw. ist beantragt

Hiermit gebe ich/geben wir als Personensorgeberechtigte/r mein/unser Einverständnis zu der anstehenden medizinisch-psychologischen Untersuchung bzw. Therapie im SPZ.

Mir/ Uns ist bekannt, dass diese Einverständniserklärung freiwillig abgegeben wird und jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden kann.

Datum

Unterschrift/en des/der Personensorgeberechtigten

Bei gemeinsamer Personensorgeberechtigung sind beide Unterschriften zwingend nötig.