



## MEZ BONN

Graurheindorfer Str. 149a  
53117 Bonn  
Tel.: 0228 – 38 27 500  
Fax: 0228 – 38 27 99 500

## MEZ an der Godesburg

Am Michaelshof 4b  
53177 Bonn  
Tel.: 0228 – 38 27 560  
Fax: 0228 – 38 27 99 560

## MEZ KÖLN

Herthastraße 4  
50969 Köln  
Tel.: 0221 – 360 15 16  
Fax: 0221 – 361 00 58

## Einverständniserklärung Behandlung

Ich/Wir \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname aller Sorgeberechtigten

habe/n das Sorgerecht für \_\_\_\_\_, geb. am \_\_\_\_\_  
Name, Vorname des Kindes (Patienten)

und erkläre/n mich/uns mit einer kinder- und jugendpsychiatrischen Diagnostik und ggf. Behandlung ebenso wie ggf. mit einer psychotherapeutischen oder funktionellen Behandlung (Ergo- oder Physiotherapie bzw. Logopädie) einverstanden.

Köln/Bonn, den: \_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Sorgeberechtigte/r

**Falls nur ein Elternteil/Sorgeberechtigter die Einverständniserklärung zur Behandlung unterschreibt, muss diese Zusatzerklärung unterschrieben werden:**

Hiermit erkläre ich, dass der/die andere Sorgeberechtigte über die oben genannte Diagnostik/Behandlung informiert und ebenfalls damit einverstanden ist.

Köln/Bonn, den: \_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Sorgeberechtigte/r