



Dr.med. Jennifer-Judith Hladun

Ärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie / -psychotherapie

Einverständniserklärung des sorgeberechtigten Elternteils

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass mit meinem Kind

Name: _____

geboren am: _____

Termine in der Praxis Kuhstrasse durchgeführt werden, die der

- ☐ diagnostischen Abklärung
- ☐ sozialpsychiatrischen Behandlung
- ☐ medikamentösen Behandlung

dienen.

Ich bin damit einverstanden, dass Befunde in die elektronische Patientenakte (ePA) eingestellt werden:

- ☐ Ja
- ☐ Nein

Die Einwilligungen können jederzeit schriftlich widerrufen werden.

Braunschweig, den _____

Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten