



Praxis Tara Dougherty  
Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie  
Benzstr. 3a · 37083 Göttingen  
Telefon 0551.7707980 · Telefax 0551.7707981  
kjppraxis@posteo.de

## Behandlungsvertrag

Sehr geehrte Eltern/Sorgeberichtigte,

Sie möchten uns Ihr Kind aufgrund von vermuteten oder bestehenden Schwierigkeiten in seiner psychischen Entwicklung vorstellen. Die kinder- und jugendpsychiatrische Betreuung ist keine Angelegenheit des täglichen Lebens, d. h. dass für eine erforderliche Behandlung die Sorgeberechtigten ihr Einverständnis schriftlich erteilen müssen. Dieses gilt auch bei getrennt lebenden und/oder geschiedenen Eltern, wenn beide sorgeberechtigt sind.

Wir bitten Sie daher uns die untenstehende **Einverständniserklärung** und die **Schweigepflichtentbindung** (rosa Blatt) **noch vor dem vereinbarten Erstertermin** unterzeichnet zurück zu senden.

**Wichtig: Wir möchten darauf hinweisen, dass wir den vereinbarten Termin absagen und anderweitig vergeben müssen, wenn uns die Einverständniserklärung beider Sorgeberechtigten spätestens 10 Tage vor dem Termin nicht vorliegt!**

---

### Erklärung der Sorgeberechtigten

Ich/wir erklären(n) uns mit der Vorstellung, kinder- und jugendpsychiatrischer Diagnostik und ggf. weiterführenden Behandlung meines/unseres o.g. Kindes in der Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie Frau Dougherty einverstanden.

Ich/wir versicher(n), dass sich unser Kind nicht in einer bereits laufenden Behandlung in einem sozialpädiatrischen Zentrum (SPZ), einer Psychiatrischen Institutsambulanz oder einer anderen SPV Einrichtung befindet.

Ich/wir bin/sind damit einverstanden, dass meine/unserre Daten und die Daten des Kindes nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) verarbeitet werden. Mein Einverständnis kann jederzeit widerrufen werden.

**Name des Kindes:** \_\_\_\_\_ **Geb. Datum:** \_\_\_\_\_

**Name der Mutter:** \_\_\_\_\_  
(wenn nicht leibliche Eltern: Personensorgeberechtigter)

**Datum:** \_\_\_\_\_ **Unterschrift:** \_\_\_\_\_

**Name des Vaters:** \_\_\_\_\_  
(wenn nicht leibliche Eltern: Personensorgeberechtigter)

**Datum:** \_\_\_\_\_ **Unterschrift:** \_\_\_\_\_

Ich bin alleine sorgeberechtigt (bitte Nachweis beifügen)