



Gemeinschaftspraxis für  
Kinder- und Jugendpsychiatrie  
und -psychotherapie  
Mainz-Gonsenheim

Sehr geehrte Eltern, Sorgeberechtigte und Patient\*innen,

für eine Behandlung in unserer Praxis wird eine schriftliche Einverständniserklärung benötigt.

Bei getrennt lebenden Eltern mit gemeinsamem Sorgerecht brauchen wir für eine Behandlung das schriftliche Einverständnis beider Elternteile.

Ihr Einverständnis kann jederzeit schriftlich widerrufen werden. Dies bedeutet leider aber auch, dass die Behandlung umgehend beendet werden muss.

Mit freundlichen Grüßen

Verena Belinga Belinga  
Dr. Elif Dogan  
Dr. Franziska Lotz

---

## Einverständniserklärung zur Behandlung

Hiermit erkläre/n ich/wir, \_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

dass ich/wir das ☐ gemeinsame Sorgerecht, gemeinsam lebend  
☐ gemeinsame Sorgerecht, getrennt lebend  
☐ alleinige Sorgerecht (Nachweis erforderlich)

für mein/unser Kind \_\_\_\_\_ habe/n.  
Name, Vorname Geburtsdatum

Ich/wir sind mit der Diagnostik und Behandlung, auch mit eventueller Medikation, meines / unseres o.g. Kindes in der kinder- und jugendpsychiatrischen Gemeinschaftspraxis Belinga Belinga, Dr. Dogan und Dr. Lotz einverstanden.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

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