



Regensburger Kinderzentrum St. Martin

Sozialpädiatrisches Zentrum
Kinder- und entwicklungsneurologische Ambulanz
Epileptieambulanz für Kinder und Jugendliche

Ärztliche Leitung:
Dr. med. Christina Kutzer
93059 Regensburg, Wieshuberstr. 4
Telefon: 09 41/ 4 65 02 - 0, Fax: - 40
info@kinderzentrum-regensburg.de
www.kinderzentrum-regensburg.de

Einrichtung der
Kath. Jugendfürsorge der
Diözese Regensburg e.V. 

Einwilligungserklärung zur Behandlung

Sehr geehrte Eltern und Sorgeberechtigte,

bitte senden Sie diese Einwilligungserklärung mit dem Anmeldebogen an uns zurück.
Alle von Ihnen gemachten Angaben unterliegen der Schweigepflicht. Für Rückfragen stehen wir Ihnen bei Bedarf vor der Vorstellung zur Verfügung.

Aus rechtlichen Gründen kann eine Vorstellung / Behandlung

Ihrer Tochter / Ihres Sohnes _____ geb. am _____

im Sozialpädiatrischen Zentrum nur mit schriftlicher Einwilligung der Sorgeberechtigten
(Recht auf Gesundheitsfürsorge) erfolgen. Bei einem gemeinsamen Sorgerecht ist somit die
Einwilligung beider Sorgeberechtigter notwendig.

Wir sind mit der Vorstellung / Behandlung einverstanden:

1. Sorgeberechtigte/r

_____ Datum

_____ Name

_____ Unterschrift

2. Sorgeberechtigte/r

_____ Datum

_____ Name

_____ Unterschrift

Ich bin alleine sorgeberechtigt und mit der Vorstellung / Behandlung einverstanden:

_____ Datum

_____ Name

_____ Unterschrift

Ich bin nicht alleine sorgeberechtigt und mit der Vorstellung / Behandlung einverstanden:

_____ Datum

_____ Name

_____ Unterschrift

Ebenfalls sorgeberechtigt ist (Name und Anschrift):
