



## Einverständnis Behandlung, Johanniter-Zentrum für Kinder- und Jugendpsychiatrie Neuwied

Name des Patienten: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Ich versichere, dass ich mit der Untersuchung und Behandlung einschließlich der therapeutischen Maßnahmen, des o.g. Patienten durch Frau Dr. med. Brigitte Pollitt und das zuständige Behandlungsteam einverstanden bin.

### 1. Sorgeberechtigter

Name: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum und Unterschrift des 1. Sorgeberechtigten

Ich verfüge über das alleinige Sorgerecht

### 2. Sorgeberechtigter

Name: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum und Unterschrift des 2. Sorgeberechtigten