

Sozialpädiatrisches Zentrum, Erlachhofstr. 10, 71640 Ludwigsburg

Sozialpädiatrisches Zentrum
Sekretariat
Erlachhofstr. 10
71640 Ludwigsburg

Sozialpädiatrisches Zentrum
Ärztlicher Direktor
Dr. med. Michael Buob
Erlachhofstr. 10
71640 Ludwigsburg
Telefon 07141-99-68101
Telefax 07141-99-68119
E-Mail: mail.spz@rkh-kliniken.de

Sehr geehrte Eltern,
sehr geehrte (Gesundheitsfür-) Sorgeberechtigten,

bitte senden Sie diese Einwilligungserklärung schnellstmöglich ausgefüllt an uns zurück. Alle von Ihnen gemachten Angaben unterliegen der Schweigepflicht.

Aus rechtlichen Gründen kann eine Vorstellung/Behandlung im Sozialpädiatrischen Zentrum nur mit schriftlicher Einwilligung der Sorgeberechtigten/Gesundheitsfürsorgeberechtigten erfolgen. Bei gemeinsamen Sorgerecht ist somit die Unterschrift beider Sorgeberechtigten/Gesundheitsfürsorgeberechtigten notwendig.

Name, Vorname des Kindes: _____

geb. am : _____

Ich bin **alleine sorgeberechtigt/gesundheitsfürsorgeberechtigt** und mit der Vorstellung/Behandlung einverstanden. Ich versichere, dass es keine weiteren Sorgeberechtigten (auch nicht für Teile des Sorgerechtes) gibt.

Name, Vorname: _____

Datum: _____ Unterschrift: _____

Wir sind gemeinsam sorgeberechtigt/gesundheitsfürsorgeberechtigt und sind mit der Vorstellung/Behandlung einverstanden.

1. Sorgeberechtigter/Gesundheitsfürsorgeberechtigter

Name, Vorname: _____

Datum: _____ Unterschrift: _____

2. Sorgeberechtigter/Gesundheitsfürsorgeberechtigter

Name, Vorname: _____

Datum: _____ Unterschrift: _____

Für Rückfragen stehen wir Ihnen bei Bedarf **vor** der Vorstellung zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. med. Michael Buob
Ärztlicher Direktor