



Aktion Sonnenschein M-V gGmbH

Sozialpädiatrisches Zentrum

Das SPZ ist im Sinne des § 119 SGB V eine
ärztlich geleitete, ambulant und interdisziplinär tätige Einrichtung.



Einverständniserklärung der Sorgeberechtigten

Betrifft: Einverständnis zur medizinischen und psychologischen Untersuchung

Angaben zum Kind:

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Hiermit erklären wir als gemeinsam sorgeberechtigte Eltern unser Einverständnis zur Durchführung der notwendigen **medizinischen und psychologischen Diagnostik sowie ggf. weiterführender Behandlungen** unseres Kindes im SPZ Greifswald.

Wir bestätigen hiermit Folgendes:

- Wir sind beide personensorgeberechtigt im Sinne des § 1626 BGB.
- Uns ist bekannt, dass die Untersuchung und Behandlung die Einwilligung **aller Sorgeberechtigten** erfordert.
- Die Einverständniserklärung erfolgt freiwillig und kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft schriftlich widerrufen werden.
- Wir versichern, dass aktuell keine parallele sozialpsychiatrische Behandlung in einer anderen Einrichtung (z.B. anderes SPZ) erfolgt.

Unterschriften der Sorgeberechtigten:

Ort, Datum (Unterschrift Sorgeberechtigte/r 1

Ort, Datum (Unterschrift Sorgeberechtigte/r 2