



Dr. med. Frauke Trienekens & Dr. med. Gudrun Peters & Dr. med. Susanne Ahlbrecht
Barnestraße 42 A | 31515 Wunstorf

FON: 05031-70 512-0

Sprechzeiten:

FAX: 05031-70 512-11

Mo-Do: 08.30-12.00

Mo, Di, Do: 15.00-17.00

www.praxis-kjpp-wunstorf.de

oder nach Vereinbarung

Informationen für Sorgeberechtigte

Bitte zum Ersttermin ausgefüllt und von den Sorgeberechtigten unterschrieben mitbringen!

Name des Kindes: _____ geb. _____

Unsere Grundsätze:

Wir stehen beiden Elternteilen und/oder Sorgeberechtigten bei Fragen oder Sorgen zur Seite. Gemeinsames Sorgerecht bedingt, dass die Eltern oder alternativ andere Sorgeberechtigte sich gegenseitig über geplante oder stattfindende Diagnostik, Beratung oder Therapie für das Kind/die Kinder informieren. Der Gesetzgeber gesteht den Sorgeberechtigten weitgehende Rechte und Möglichkeiten zur Mitentscheidung zu. Wir sind verpflichtet, den Sorgeberechtigten auf Nachfrage Auskunft über konkrete Maßnahmen in unserer Praxis zu geben, die das Kind betreffen. Ausnahmen sind nur dann zulässig, wenn durch die Informationen das Kindeswohl gefährdet würde. Informationen über persönliche Belange eines Elternteils oder Erziehenden unterliegen der Schweigepflicht und werden nicht weitergegeben. Um den Sorgeberechtigten und bei getrenntlebenden Eltern beiden Elternteilen- sowie vor allem dem Kind/den Kindern- unparteilich begegnen zu können, stehen wir für sachverständige Zeugenaussagen vor Gericht nicht zur Verfügung.

Die Diagnostik/Therapie kann erst stattfinden, wenn beide Elternteile beziehungsweise alle Sorgeberechtigten unterschrieben haben.

1. Name, Vorname des Elternteils/des Erziehenden, bei dem das Kind wohnt.

Name _____
Anschrift: _____
Straße: _____
PLZ, Ort: _____
Telefon: _____
Telefon mobil: _____
Email: _____

2. Name, Vorname des getrenntlebenden Elternteils oder anderen Sorgeberechtigten

Name _____
Anschrift: _____
Straße: _____
PLZ, Ort: _____
Telefon: _____
Telefon mobil: _____
Email: _____

Hiermit beauftragen wir die Mitarbeiter der Praxis Dres. med. Trienekens&Peters&Ahlbrecht mit der Behandlung/Diagnostik unseres Kindes.

Datum: _____

Unterschriften:

Elternteils/des Erziehenden, bei dem das Kind wohnt: _____
Getrenntlebender Elternteil/anderer Sorgeberechtigte: _____