



Dr. med. Susanne Ahlbrecht

Fachärztin für
Kinder- und Jugendpsychiatrie
und Psychotherapie

Dr.med.Susanne Ahlbrecht

An der Johanneskirche 2 | 31515 Wunstorf | Telefon: 05031 969899-0 Fax: 05031 969899-29

Praxisprechzeiten: Mo-Do: 08.00-18.00 Uhr

Fr: 08.00-12.00 Uhr

E-Mail: praxis@dr-ahlbrecht.de

Web: www.dr-ahlbrecht.de

Info für Sorgeberechtigte

Bitte zum Ersttermin ausgefüllt und von den Sorgeberechtigten unterschrieben mitbringen!

Zur Erklärung:

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 des Elternteiles, bei dem das Kind wohnt

Name/ Vorname: _____

Straße: _____

PLZ/ Ort: _____

Telefon: _____

Email (freiwillig): _____

2) Name des getrenntlebenden Elternteils oder anderen Sorgeberechtigten

Name/ Vorname: _____

Straße: _____

PLZ/ Ort: _____

Telefon: _____

Email (freiwillig): _____

Bitte Wenden ->



Dr. med. Susanne Ahlbrecht

Fachärztin für
Kinder- und Jugendpsychiatrie
und Psychotherapie

**Hiermit beauftragen wir die Mitarbeiter der Praxis Dr.med.Susanne Ahlbrecht mit der
Behandlung/Diagnostik unseres Kindes.**

Unterschriften:

Elternteil, bei dem das Kind wohnt:

Ort, Datum

Unterschrift

Getrennt lebender Elternteil/ anderer Sorgeberechtigte:

Ort, Datum

Unterschrift