

## Einverständniserklärung bei gemeinsamem Sorgerecht

Sehr geehrte Eltern,

für Kinder getrennt lebender Eltern mit gemeinsamem Sorgerecht benötigen wir auch vom getrennt lebenden Elternteil eine schriftliche Einverständniserklärung für eine teil-/stationäre Diagnostik/Therapie in unserer Klinik.

Hiermit erkläre ich,

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

geb. am: \_\_\_\_\_

aktuelle Anschrift: \_\_\_\_\_

mich mit der Diagnostik/Therapie **meines Sohnes / meiner Tochter**

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname, Geburtsdatum

in der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Universitätsklinikums Marburg einverstanden. Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Sorgeberechtigten

\_\_\_\_\_  
Name des unterzeichnenden Sorgeberechtigten  
in Druckschrift

**Bitte schicken Sie die Einverständniserklärung bei gemeinsamem Sorgerecht an nachfolgende Adresse:**

**Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie,  
Psychosomatik und Psychotherapie  
z. H. Frau Hofmann/Frau Karem  
Hans-Sachs-Str. 4  
35039 Marburg**

**Hinweis:** Die Vorlage der Einverständniserklärung beider Eltern bei gemeinsamem Sorgerecht ist Voraussetzung, um auf die stationäre Warteliste aufgenommen zu werden.

**Das Formular zur Einverständniserklärung bei gemeinsamem Sorgerecht wurde Ihnen ausgehändigt am \_\_\_\_\_.**

F087-01	Erstellt	Geprüft	Freigegeben	Seite 1 von 1
30.05.2018	A. Becker	10.05.2019	Prof. Becker	