

Praxis für Kinder-und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie  
Dr. med. Andreas Knobloch  
Wilhelm-Kuhr-Str. 86  
13187 Berlin

Tel: 030 41719494  
Fax: 030 41719496  
mail@kinderpsychiater-berlin.de

---

## Anmeldebogen/ Einverständniserklärung

Hiermit bestätige ich, dass aktuell (im laufenden Quartal) keine

Behandlung von \_\_\_\_\_

Name des Kindes

in einem Sozialpädiatrischen Zentrum (SPZ), einer Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) oder einer anderen sozialpsychiatrischen Einrichtung (andere Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie) erfolgt bzw. erfolgen wird.

---

Datum/ Unterschrift Sorgeberechtigte

Mit der folgenden Unterschrift erkläre ich mich mit der Diagnostik und Behandlung meines Kindes in der Praxis von Dr. med. Andreas Knobloch einverstanden.

Ich stimme außerdem zu, dass Daten zur Verwendung in der Praxis aufgezeichnet und archiviert werden dürfen.

- Ich habe das alleinige Sorgerecht \_\_\_\_\_  
Datum/ Unterschrift
- Wir haben das gemeinsame Sorgerecht bzw. erkläre ich, dass der abwesende Sorgeberechtigte mit der Behandlung einverstanden ist.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Mutter

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Vater

- Ich habe das beiliegende Informationsblatt zur Kenntnis genommen und stimme den Bedingungen zu.

\_\_\_\_\_  
Datum/Unterschrift