

**Prof. Dr. med. Peter Greven
Dr. med. Silvia Treuter
und Kollegen**

Kleiststr. 23–26
10787 Berlin
Telefon (030) 2757 577 – 0
Telefax (030) 2757 577 – 13
info@kinderpsychiatrie-berlin.de



Einverständniserklärung der Sorgeberechtigten zur fachärztlichen Behandlung in unserer Praxis (Kinder- und Jugendpsychiatrie)

Patient: _____ **geb.*:** _____

- *e n t w e d e r*

Ich habe das alleinige Sorgerecht.

Mutter **Vater** **andere:** _____

Ort und Datum:

Unterschrift: _____

- *o d e r*

Wir haben das gemeinsame Sorgerecht.

Ort und Datum:

Ort und Datum:

Unterschrift: _____
(Mutter)

Unterschrift: _____
(Vater)

Einverständniserklärung zur Videoaufzeichnung in unserer Praxis

Ich erkläre mich einverstanden mit Videoaufzeichnungen meines minderjährigen Kindes im Rahmen der Diagnostik und Behandlung in dieser Praxis.

Die Aufzeichnungen dienen ausschließlich Zwecken der fachlichen internen Supervision im Rahmen von Diagnostik und Behandlung oder zu Lehr- und Ausbildungszwecken durch die hier tätigen Kollegen im Rahmen der Fort- und Weiterbildung von Studenten, Ärzten und Therapeuten. Im Rahmen von Gruppenbehandlungen werden Videoaufzeichnungen regelmäßig erfolgen. Bei Einzelterminen wird eine eventuelle Videoaufzeichnung vorher angekündigt. Es erfolgen keine „heimlichen“ Aufnahmen ohne Wissen der Beteiligten. Keinesfalls werden die Aufzeichnungen an andere weitergegeben oder in irgendeiner Weise öffentlich gemacht.

Die Einwilligung gilt ab heutigem Datum und kann jederzeit widerrufen werden.

Unsere Datenschutzerklärung finden Sie unter: kinderpsychiatrie-berlin.de/datenschutzerklaerung/

Ort und Datum:

Ort und Datum:

Unterschrift: _____
(Mutter)

Unterschrift: _____
(Vater)