

**Pädiatrische Psychosomatik und Psychotherapie**

**Ärztliche Leitung Michaela Müller, MPH**  
Oberärztin Kinder- und Jugendmedizin  
**Psychologische Leitung Dr. Martin Blessing**  
Psychologischer Psychotherapeut



**Einverständnis bei gemeinsamer elterlicher Sorge**

**Entbindung von der Schweigepflicht**

Hiermit erklären wir unser Einverständnis, dass unser Sohn/unsere Tochter  
\_\_\_\_\_, geb.: \_\_\_\_\_

zur Diagnostik und Therapie zum Aufenthalt auf der Station für pädiatrische Psychosomatik  
und Psychotherapie aufgenommen wird.

Wir sind damit einverstanden, dass mit folgenden Personen

- therapeutische Gespräche und
- medizinische Befunde besprochen werden dürfen:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift (sorgeberechtigte Mutter): \_\_\_\_\_

Unterschrift (sorgeberechtigter Vater): \_\_\_\_\_