

Erklärungen zum Sorgerecht

Liebe Eltern,

wir bitten Sie, uns im Folgenden Auskunft über das Sorgerechtsverhältnis bzgl. Ihres Kindes zu erteilen. Wir sind dazu verpflichtet, für Kinder die jeweiligen Sorgerechtsverhältnisse zu klären und benötigen – je nach Sorgerechtsverhältnis – bestimmte Einverständniserklärungen, um Ihr Kind untersuchen und behandeln zu können. **Daher sind die für gemeinsames bzw. alleiniges Sorgerecht jeweils fett markierten Erklärungen eine zwingende Voraussetzung für eine Untersuchung und Behandlung Ihres Kindes in der CIP Ambulanz.**

Name, Vorname des Kindes _____

Geboren am _____

Name, Vorname der Mutter _____

Name, Vorname des Vaters _____

Wir haben gemeinsames Sorgerecht für unser Kind (Zutreffendes bitte ankreuzen).

Hiermit erklären wir uns damit einverstanden, dass unser Kind in der CIP Ambulanz untersucht und behandelt wird. Uns ist bekannt, dass ohne dieses Einverständnis eine Untersuchung und Behandlung unseres Kindes in der CIP Ambulanz nicht möglich ist.

Wir sind damit einverstanden, dass rechtsverbindliche Erklärungen für das Kind gegenüber der CIP Ambulanz von

der Mutter

dem Vater

alleine abgegeben werden dürfen. Uns ist bekannt, dass wir dieses Einverständnis jederzeit schriftlich mit Wirkung für die Zukunft widerrufen können. Für den Fall des Widerrufs können dann rechtsverbindliche Erklärungen für das Kind nur von beiden Elternteilen gemeinsam abgegeben werden.

Wir sind außerdem damit einverstanden, dass jeder Elternteil unabhängig von dem jeweils anderen Elternteil Auskunft über die Untersuchungen bzw. Behandlung des Kindes (insbesondere Befundberichte, Verlauf der Therapie etc.) von der CIP Ambulanz erhalten darf. Uns ist bekannt, dass wir dieses Einverständnis jederzeit schriftlich mit Wirkung für die Zukunft widerrufen können, für den Fall des Widerrufs eine Weiterbehandlung unseres Kindes in der CIP Ambulanz jedoch regelmäßig nicht mehr möglich ist, sofern keine dringenden medizinischen Gründe einem Therapieabbruch entgegenstehen.

Ort, Datum

Unterschrift der/s Sorgeberechtigten

Ort, Datum

Unterschrift der/s Sorgeberechtigten

Erklärungen zum Sorgerecht / Institutsambulanz des CIP

letzte Änderung am: 29.10.2020

von: Christina Adelhardt

*Aus Gründen der Lesbarkeit wurde im Text die weibliche Form gewählt. Die Angaben beziehen sich allerdings auf Angehörige aller Geschlechter.

- Ich habe das alleinige Sorgerecht für das Kind (Zutreffendes bitte ankreuzen)
- Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass das Kind in der CIP Ambulanz untersucht und behandelt wird. Mir ist bekannt, dass ohne dieses Einverständnis eine Untersuchung und Behandlung des Kindes in der CIP Ambulanz nicht möglich ist.

Ort, Datum

Unterschrift der/s Sorgeberechtigten

- Ich bin außerdem damit einverstanden, dass der nicht sorgeberechtigte Elternteil unabhängig von mir Auskunft über die Untersuchungen bzw. Behandlung des Kindes (insbesondere Befundberichte, Verlauf der Therapie etc.) von der CIP Ambulanz erhalten darf. Mir ist bekannt, dass ich dieses Einverständnis jederzeit schriftlich mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Der nicht sorgeberechtigte Elternteil erhält dann von der CIP Ambulanz keinerlei Auskunft mehr zu dem Kind.

Ort, Datum

Unterschrift der/s Sorgeberechtigten

Ihr Widerruf ist schriftlich zu richten an: CIP Ambulanz, Rotkreuzplatz 1, 80634 München.