

	<h2 style="text-align: center;">Behandlungs-Einwilligung</h2>	
	<p style="text-align: center;">AMEOS Poliklinikum Inntal – KJPP Praxis</p>	<p style="text-align: right;">Seite 1 von 1</p>

Behandlungs-Einwilligung	
<p>Als Sorgeberechtigte(r) von _____</p> <p>Wohnhaft in _____</p> <p>Gebe(n) ich/wir meine/unsere Einwilligung, dass meine Tochter/Sohn im AMEOS Poliklinikum Inntal untersucht und ggf. psychologisch und medikamentös behandelt werden darf.</p> <p>_____ Vater: _____ Mutter: _____</p> <p>Ort/Datum Unterschrift(en) ALLER Erziehungsberechtigten sowie Vor- und Nachnamen in Druckbuchstaben</p>	
<p>Ort/Datum Institution(en)</p> <p>_____</p> <p>Ort/ Datum Unterschrift des Jugendlichen ab 14 Jahre sowie Vor- und Nachnamen in Druckbuchstaben</p> <p>Sollte das Sorgerecht bei mehreren Personen oder Institutionen liegen, ist es zwingend erforderlich, dass alle Berechtigten ihr Einverständnis durch Unterschrift geben. Dies ist auch nötig, wenn beide Elternteile nicht mehr zusammenleben, jedoch das Sorgerecht gemeinsam ausüben. Die Behandlungs-Einwilligung kann jederzeit schriftlich widerrufen werden.</p>	

Information zur Datenverarbeitung und Datensicherung
<p>Die Informationen aus diesem Fragebogen werden zur Erfüllung des Behandlungsvertrags und unserer Behandlungspflicht (ART. 6 Abs. 1 Satz 1 lit. B DSGVO) in digitalisierter Form auf den Servern des AMEOS Poliklinikum Inntal gespeichert, verarbeitet und nach bestmöglichen technischen Standards geschützt.</p> <p>Papierdokumente werden in regelmäßigen Abständen vernichtet.</p>

Behandlungs-Verweigerung
<p>Als Sorgeberechtigte(r) willige ich in folgende Behandlung NICHT ein:</p> <p> <input type="checkbox"/> Psychiatrische Untersuchungen <input type="checkbox"/> Psychologische Testung <input type="checkbox"/> Psychotherapie <input type="checkbox"/> Medikamentöse Behandlung </p> <p>_____ Vater: _____ Mutter: _____</p> <p>Ort/Datum Unterschrift(en) ALLER Erziehungsberechtigten sowie Vor- und Nachnamen in Druckbuchstaben</p>

Erstellt am/-/durch: A. Mitt. 3.08.22/UTA	Geprüft am/-/durch:	Freigegeben am/-/durch:	Revision am/-/durch: R. Kuchl. 03.02.25/KUR
Speicherpfad: G:\Vorlagen\KJPP\KJPP_BehandlungsEinwilligung.docx			