

Einverständniserklärung

Name des Kindes:

Geb.-Dat.:

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass mein Kind im Sozialpädiatrischen Zentrum (SPZ) Wuppertal vorgestellt wird.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die erhobenen Befunde und Untersuchungsergebnisse vom / von

überweisenden Kinderarzt Ja Nein

mitbehandelnden Kliniken / Ärzten Ja Nein

Therapeuten Ja Nein

Kindertagesstätten Ja Nein

Schulen Ja Nein

Jugendamt Ja Nein

_____ Ja Nein

_____ Ja Nein

eingeholt bzw. eingesehen werden dürfen und dass die Befunde und Empfehlungen des SPZ im Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin des Helios Universitätsklinikums Wuppertal auf Nachfrage auch an diese Stellen herausgegeben werden dürfen.

Wuppertal, den
Vater Mutter

