

Erklärung zum Sorgerecht

Liebe Eltern,

wir bitten Sie, uns im folgenden Auskunft über das Sorgerechtsverhältnis bezüglich 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. Die Einverständniserklärung ist somit eine zwingende Voraussetzung für die Untersuchung und Behandlung Ihres Kindes.

Name, Vorname des Kindes _____ geboren am _____

Name, Vorname der Mutter _____

Name, Vorname des Vaters _____

Wir haben gemeinsames Sorgerecht für unser Kind

Hiermit erklären wir uns damit einverstanden, dass unser Kind untersucht und behandelt wird. Uns ist bekannt, dass ohne dieses Einverständnis eine Untersuchung und Behandlung unseres Kindes nicht möglich ist. 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.) erhalten darf. Uns ist bekannt, dass wir dieses Einverständnis jederzeit schriftlich mit Wirkung für die Zukunft widerrufen können. Für den Fall des Widerrufs ist jedoch eine Weiterbehandlung Ihres Kindes nicht mehr möglich (sofern keine dringenden medizinischen Gründe einem Therapieabbruch entgegenstehen).

Wir sind damit einverstanden, dass rechtsverbindliche Erklärungen für das Kind

von der Mutter dem Vater

alleine abgegeben werden dürfen. Uns ist bekannt, dass wir dieses Einverständnis ebenso 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.

Ort, Datum

Unterschrift der Mutter

Ort, Datum

Unterschrift des Vaters

Ich habe das alleinige Sorgerecht für das Kind.

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass das Kind untersucht und behandelt wird. Mir ist bekannt, dass ohne dieses Einverständnis eine Untersuchung und Behandlung des Kindes nicht möglich ist.

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.) erhalten darf. Mir ist bekannt, dass ich dieses Einverständnis jederzeit schriftlich mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Der nicht sorgeberechtigte Elternteil erhält dann keinerlei Auskunft mehr zu Ihrem Kind.

Ort, Datum

Unterschrift der Sorgeberechtigten

Ihr Widerruf ist schriftlich zu richten an:
Dr. Karin Gruber, Marktplatz 1, 85598 Baldham