

Patient:

Sozialpsychiatrievereinbarung

Weimar,

Hiermit bestätige/n ich/wir

Name(n) der sorgeberechtigten Person(en)

für das oben genannte Kind/Jugendlichen, dass derzeit keine sozialpsychiatrische Behandlung bei einem niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiater oder in einem Sozialpädiatrischen Zentrum erfolgt.

Ich/wir verpflichte(n) mich/uns für die Dauer der Behandlung in der Kinderpsychiatrie Praxis Weimar bei Frau Dr. med. Kentouche im Zentrum für ambulante Medizin des Uniklinikums Jena dazu, die Mitarbeiter der Praxis umgehend davon in Kenntnis zu setzen, falls zusätzlich eine Behandlungsaufnahme in einem SPZ oder bei einem ambulant tätigen Kinder- und Jugendpsychiater zur Sozialpsychiatrischen Behandlung erfolgt.

Sorgeberechtigte Person(en)