

## Einverständniserklärung zur Durchführung von telefonischen oder Videokontakten im Rahmen der SPZ Versorgung

**Betrifft Kind:**

Name, Vorname : \_\_\_\_\_

geb. am: \_\_\_\_\_

Hiermit erkläre **ich (Erziehungsberechtigte/r)**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

dass die Mitarbeiter des SPZ am Klinikum Dritter Orden München im Rahmen der sozialpädiatrischen Versorgung meines Kindes alternative Kommunikationswege verwenden dürfen.

Ich erkläre mich mit einer telefonischen Anamneseerhebung und Beratung (ggf. zur Vorbereitung der persönlichen Vorstellung des Kindes) einverstanden.

Ja                       Nein

Ich erkläre mich mit einer eventuellen videogestützten Analyse und Beratung einverstanden

Ja                       Nein

München, den \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_