

Abteilung Rehabilitation für psychische und psychosomatische Störungen des Kindes- und Jugendalters

Hiermit erteilen wir unserer Tochter/ unserem Sohn _____ die Erlaubnis an folgenden Aktivitäten teilzunehmen:

	ja	nein
Nach Absprache mit dem zuständigen Therapeuten/ Oberarzt Ausgang alleine innerhalb des Klinikgeländes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nach Absprache mit dem zuständigen Therapeuten/ Oberarzt Ausgang alleine innerhalb der Stadt Bad Dürkheim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nach Absprache mit dem zuständigen Therapeuten/ Oberarzt Ausflüge alleine außerhalb der Stadt Bad Dürkheim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wir sind damit einverstanden, dass unsere Tochter/ unser Sohn im Notfall medikamentös behandelt werden kann. Eine Dauermedikation wird vorab grundsätzlich mit den Eltern/Sorgeberechtigten besprochen.

Wenn es medizinisch erforderlich ist, sind wir mit der Durchführung von Alkohol- und Drogentests einverstanden.

Wir sind bereit, für Schäden, die durch unseren Sohn/ unsere Tochter verursacht werden, aufzukommen. Haftpflichtversicherung besteht bei _____.

Wir erlauben unserer Tochter/unserem Sohn, alleine mit öffentlichen Verkehrsmitteln nach Hause zu fahren.

Wir erlauben, dass unsere Tochter/unser Sohn von folgenden Personen besucht bzw. zu Tagesausflügen abgeholt werden darf:

Ort, Datum: _____

Unterschrift der Eltern/ Sorgeberechtigten