



# Elterninformation

**ZENTRUM  
KINDER + JUGEND  
MEDIZIN**  
INN-SALZACH-ROTT

VINZENZ-VON-PAUL-STRASSE 14  
84503 ALTÖTTING

**DR. MED. STEFAN VLAHO**  
ÄRZTLICHER LEITER

**[WWW.KINDERZENTRUM.DE](http://WWW.KINDERZENTRUM.DE)**

TELEFON 086 71 / 509-900

FAX 086 71 / 509-999

MAIL@KINDERZENTRUM.DE

Als Sorgeberechtigte/r bin ich/sind wir damit einverstanden, dass ggf. Unterlagen (Akten, Berichte, Untersuchungsergebnisse) der in diesem Bogen angegebenen Stellen von Ärzten und Psychologen der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Altötting angefordert werden können. Mir/Uns ist bekannt, dass alle Unterlagen streng vertraulich behandelt werden.

Als Sorgeberechtigte/r verpflichte(n) ich mich/wir uns vereinbarte Termine, die ich/wir nicht wahrnehmen können, spätestens 24 h vor dem Termin im Sekretariat der KJP (**08671 / 509 -9844 / -9814**) abzusagen.

Die Institutionsambulanz der KJP am Zentrum für Kinder und Jugend Medizin Inn-Salzach-Rott behält sich vor, bei mehrmaligem Nichterscheinen die Behandlung auszusetzen.

---

Name, Vorname aller Sorgeberechtigter (Bitte füllen Sie das Formular leserlich aus. Danke.)

---

Unterschrift aller Sorgeberechtigter

---

Name, Vorname des Patienten

---

Geburtsdatum