

Klient: .....

Sorgeberechtigter: .....

Adresse: .....

.....

Telefon: .....

**Einverständniserklärung**  
**zum Aufenthalt**  
**von Minderjährigen**

hiermit erkläre ich mich/wir uns einverstanden, dass unser Sohn/unsere Tochter sich für ca. 10 Tage zum qualifizierten Entzug in das Entzugskrankenhaus „Count Down“ begibt.

Außerdem bin ich/sind wir einverstanden, dass er/sie gegen ärztlichen Rat entlassen werden kann, d.h. im Falle einer sofortigen disziplinarischen Entlassung und dass er/sie jederzeit die Behandlung abbrechen kann.

Für den Fall des Abbruches bitten wir um Hinterlegung einer Kautionskarte für eine Rückfahrkarte.

Vor Aufnahme des Klienten bitten wir die Eltern Kontakt mit dem Count Down unter der Telefonnummer (030) 29385-200 (oder -400) aufzunehmen.

Berlin, .....

Unterschrift Sorgeberechtigter:.....