



Aufzunehmende Person:

Sorgeberechtigt:

Adresse:
.....

Telefon:

Entzugsklinik Count Down

Einverständniserklärung zum Aufenthalt von Minderjährigen

hiermit erkläre ich mich/wir uns einverstanden, dass sich o.g. Person für 14 Tage zum qualifizierten Entzug in die *Entzugsklinik Count Down* begibt. Außerdem bin ich/sind wir einverstanden, dass o.g. Person die Behandlung jederzeit abbrechen oder eine Entlassung vorzeitig gegen ärztlichen Rat erfolgen kann, z.B. im Falle einer sofortigen disziplinarischen Entlassung.

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

Sorgeberechtigte bitten wir zudem darum, vor der Aufnahme unter der Telefonnummer (030-)29385-200 (oder -400) Kontakt mit dem Count Down aufzunehmen.

Berlin,

Unterschrift der sorgeberechtigten Person:.....