

Kinder- und Jugendpsychiatrische und –psychotherapeutische Gemeinschaftspraxis im Aegidienhof



Einverständniserklärung

Das **Kind** heißt _____ geb. _____

wohnt bei Mutter Vater Eltern Adoptiveltern/ Pflegeeltern

Die **Mutter** heißt _____

Adresse: _____

_____ Telefon: _____

Der **Vater** heißt _____

Adresse: _____

_____ Telefon: _____

Sorgeberechtigt ist: Eltern Mutter Vater _____

Falls andere Sorgeberechtigte als oben genannt, bitte hier Namen, Anschrift, u. Telefon angeben

Ich/Wir bestätigen hiermit, dass ich/wir als gemeinsam Sorgeberechtigte mit der Untersuchung/Behandlung des oben genannten Kindes in der Gemeinschaftspraxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie im Aegidienhof einverstanden bin/sind.

Mutter: _____ **Datum :** _____

Vater: _____ **Datum :** _____

Datum und eigenhändige Unterschrift/en des/der Sorgeberechtigten