

Einverständniserklärung getrenntlebende Eltern

Hiermit erkläre ich mich mit der Vorstellung meines Kindes

_____, geboren am: _____

(Name des Kindes)

(Geburtsdatum des Kindes)

- zur Diagnostik
- zu therapeutischen Interventionen
- zu einer medikamentösen Behandlung mit: _____

in o. g. Praxis einverstanden.

(Ort, Datum)

(Name, Adresse Sorgeberechtigte/r, bitte in Druckschrift)

(Unterschrift Sorgeberechtigte/r)