

Einverständnis

von Sorgeberechtigten / Eltern

Vor- und Zuname des Kindes:

geb. am: Telefon:

Anschrift des Kindes:

überwiegend lebend bei: Mutter Vater Sonstige:

Name:

Anschrift:

Tel.: / Handy: E-Mail:

Vor- und Zuname
des anderen sorgeberechtigten Elternteils:
(ggf. auch der Geburtsname):

Anschrift:

Tel.: Handy:

E-Mail: geb. am:

Ich bin mit der Aufnahme des Kontaktes zur Facharztpraxis Frau Dr. med. Schwalb, einer psychiatrischen Diagnostik und einer Behandlung des oben genannten Kindes einverstanden.

Ich bin mit einer medikamentösen Behandlung mit einverstanden.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

....., den

.....
(Unterschrift der/des Sorgeberechtigten)