

Einverständniserklärung

Das *Kind* heißt

_____ geb.: _____

wohnt bei Mutter Vater Eltern Adoptiveltern/
Pflegeeltern

Die *Mutter* heißt _____

Adresse: _____

Telefon/Handynummer: _____

E-Mail: _____

Der *Vater* heißt _____

Adresse: _____

Telefon/Handynummer: _____

E-Mail: _____

Sorgeberechtigt sind/ist: Eltern Mutter Vater

Falls andere Sorgeberechtigte als oben genannt, bitte Namen, Anschrift und
Telefon angeben:

Ich/Wir bestätigen hiermit, dass ich/wir als Sorgeberechtigte mit der
Untersuchung/Behandlung des oben genannten Kindes in der kinder- und
jugendpsychiatrischen Praxis Frau Dr. Ziemens einverstanden bin/sind.

Mutter: _____ Datum: _____

Vater: _____ Datum: _____

Datum und eigenhändige **Unterschrift/en des/der Sorgeberechtigten**