

—

Einverständniserklärung

Vorname, Name des Kindes:

Geburtsdatum:

—

Adresse:

Hiermit gebe ich,, als Sorgeberechtigte/r mein Einverständnis für die Diagnostik und ambulante kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung meines Kindes.

—

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift