

Einverständniserklärung

Die Untersuchung und Behandlung in hiesiger Praxis erfordert die Einwilligung aller Sorgeberechtigten.

Sofern noch nicht geschehen, werde ich die ebenfalls sorgeberechtigten Personen über die hiesige Vorstellung informieren und die nötige Einverständniserklärung für die hiesige Untersuchung und Behandlung einholen.

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass mein Kind

Name und Geburtsdatum

in der Gemeinschaftspraxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie Dr. med. Hülsmann und Dr. med. Knoth untersucht und behandelt wird. Zudem bestätige ich, dass alle gemachten Angaben korrekt und vollständig sind.

_____,
Datum, Unterschrift der
sorgeberechtigten Mutter

_____,
Datum, Unterschrift des
sorgeberechtigten Vaters