

Einverständniserklärung zur kinder-und jugendpsychiatrischen Behandlung

Hiermit sind wir,

Frau..... und

Herr.....

als Sorgeberechtigte des Kindes.....

mit der kinder- und jugendpsychiatrischen Diagnostik und Behandlung

in der Praxis von Dr. med. C. Bucher einverstanden.

.....
Ort, Datum, Unterschrift Mutter

.....
Ort, Datum, Unterschrift Vater

Hinweis:

Falls sie als Eltern getrennt leben und ein gemeinsames Sorgerecht für ihr Kind besteht, ist ein schriftliches Einverständnis beider Eltern erforderlich.