

Erklärung

Ich bin damit einverstanden, dass mein Kind in der kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis untersucht und behandelt wird. Ich kann diese Zustimmung jederzeit widerrufen.

Von den Erziehungsberechtigten auszufüllen:

Name des **Kindes** (in Druckbuchstaben).....

Namen der **Eltern** (in Druckbuchstaben):

..... Name eines Erziehungsberechtigten Datum Unterschrift
--	----------------	-----------------------

..... Name eines Erziehungsberechtigten Datum Unterschrift
--	----------------	-----------------------

Falls zutreffend:

Name des **Betreuers / gesetzl. Vertreters** (in Druckbuchstaben):

..... Name des Betreuers/ gesetzl. Vertreters Datum Unterschrift
---	----------------	-----------------------