

PRAXIS FÜR KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE UND PSYCHOTHERAPIE

Dr. med. Juliane Schlachter
FÄ für Kinder- und Jugendpsychiatrie
Psychotherapie
FÄ für Neurologie

Einverständniserklärung

bei getrennt lebenden Eltern mit gemeinsamen Sorgerecht.

Wir sind mit der Behandlung unseres Sohnes / unserer Tochter
in der Praxis von Frau Dr. Schlachter einverstanden.

Name des Patienten und Geburtsdatum:
(in Blockbuchstaben)

Wir wünschen, dass der Bericht über die erhobenen Befunde an beide Eltern
verschickt wird:

Ja Nein

Unterschrift der Sorgeberechtigten:

1) _____ Datum: _____

2) _____ Datum: _____

Anschrift: Donaustraße 8, 89231 Neu-Ulm - ☎ 0731 / 9 72 37 73 📠 0731 / 9 72 37 74