

**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