



Einverständniserklärung für eine sozialpsychiatrische Diagnostik/Therapie

Liebe Eltern,
bei der Vorstellung von Kindern/ Jugendlichen ist eine schriftliche Einverständniserklärung beider sorgeberechtigter Elternteile oder eines eventuellen Vormundes erforderlich. Daher bitten wir Sie, diese Einverständniserklärung vollständig unterschrieben zum ersten Termin mitzubringen.

Patient/in:	geb.:
Wohnhaft:	
Sorgeberechtigt bzw. gesetzlich zuständig:	

Hiermit erklären wir uns mit einer kinder- und jugendpsychiatrischen Betreuung, bzw. Therapie, Begleitung unseres oben genannten Kindes durch Frau Dr. Lipps und Mitarbeiter/-innen einverstanden.

Name:	Name:
geb. am:	geb. am:
Aktuelle Anschrift:	Aktuelle Anschrift:
Telefonnummer:	Telefonnummer:

(Ort, Datum, Unterschrift)

(Ort, Datum, Unterschrift)

