

# Einverständniserklärung

Das **Kind** heißt \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_

wohnt bei Mutter Vater Eltern Pflegeeltern Wohngruppe

Die **Mutter** heißt

Adresse:

Email:

Telefon:

Der **Vater** heißt

Adresse:

Email:

Telefon:

**Sorgeberechtigt ist:** Eltern Mutter Vater

Falls andere Sorgeberechtigte als oben genannt, bitte hier Namen, Anschrift und Telefon angeben:

Ich/Wir bestätigen hiermit, dass ich/wir als gemeinsam Sorgeberechtigte mit der Untersuchung/Behandlung des oben genannten Kindes in der Gemeinschaftspraxis im Aegidienhof für Kinder- und Jugendpsychiatrie einverstanden bin/sind.

*Mutter:*

*Datum:*

*Vater :*

*Datum:*

**Datum und eigenhändige Unterschrift/en des/der Sorgeberechtigten**