

Einverständniserklärung

Ich, _____, habe das Sorgerecht für
_____, geboren am _____, und
bin mit einer kinder- und jugendpsychiatrischen Diagnostik und ggf.
psychotherapeutischen Behandlung in der Praxis Dr. Fabian
Schneider einverstanden.

Unterschrift Kindesmutter

Unterschrift Kindesvater

Falls eine Überweisung vorgelegt wurde:

Ich bin (bei gemeinsamem Sorgerecht: alle Inhaber des Sorgerechts sind) einverstanden, dass der
überweisende Arzt nach Abschluß der Diagnostik einen kurzen Befundbericht erhält.

Köln, den

Unterschrift