



Einverständniserklärung

Ich habe das Sorgerecht für das Kind:

_____, geboren am _____,
und bin mit einer kinder- und jugendpsychiatrischen Diagnostik und
psychotherapeutischen Behandlung in der Praxis Dr. Fabian Schneider (durch
alle Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter der Praxis) einverstanden.

Ort, Datum

Ort, Datum

Unterschrift Kindesmutter

Unterschrift Kindesvater

Name und Adresse bitte leserlich

Name und Adresse bitte leserlich

Straße, Hausnummer

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Postleitzahl, Ort

Mobil-Telefonnr.

Mobil-Telefonnr.

Dr. med. Fabian Schneider
Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie
psychotherapeutisch-ärztliche Berufsgemeinschaft
Siegmundstr. 19, 50739 Köln



Festnetz-Telefonnr.

Festnetz-Telefonnr.

E-Mail-Adresse

E-Mail-Adresse