

Einverständniserklärung

Hiermit erkläre ich mich mit einer Untersuchung / Behandlung von

Name des Patienten

im MVZ für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik GmbH
einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift Mutter, sorgeberechtigt

Ort, Datum

Unterschrift Vater, sorgeberechtigt

Ort, Datum

Unterschrift Jugendliche/r ab 14 Jahre