Einverständniserklärung Behandlung

Ich / Wir

_____

Name, Vorname aller Sorgeberechtigten

habe/n das Sorgerecht für _____,

Name, Vorname des Kindes (Patienten)

geb. am _____

und erkläre/n mich/uns mit einer kinder- und jugendpsychiatrischen Diagnostik und ggf. Behandlung ebenso wie ggf. mit einer psychotherapeutischen oder funktionellen Behandlung (Ergo- oder Physiotherapie bzw. Logopädie) einverstanden.

Bonn, den_____

Datum Unterschrift (Patient) aller Sorgeberechtigte/r