

C.-H. Ostermann

Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Möhlstraße 26
D – 51069 Köln

Telefon: 0221 – 16 99 60 50
Fax: 0221 – 16 99 60 49

info@ostermann-praxis.de
www.ostermann-praxis.de

Einverständniserklärung

Hiermit stimmen wir als Sorgeberechtigte / Vormund von

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

- zu, dass unser Kind / Mündel zum Zweck der Gesprächsführung, Diagnostik, Therapieplanung und Behandlung in o.g. Praxis vorgestellt wird.
- zu, dass ggfs. auch Lebensgefährten / -innen, bei den Gesprächen mit anwesend sein dürfen, oder diese im Auftrag führen dürfen.

(nichtzutreffendes bitte streichen)

Ort, Datum _____

Sorgeberechtigte(r)
(Name in Druckbuchstaben/ Unterschrift)

Sorgeberechtigte(r)
(Name in Druckbuchstaben/ Unterschrift)

Vormund
(Name in Druckbuchstaben/ Unterschrift)

(Bestellungsurkunde in Kopie beigelegt)