

Dr. med. Simone Jungjohann

Fachärztin für Kinder - und Jugendpsychiatrie / psychotherapie



Bruchstraße 15 a · 57462 Olpe · Tel.: 02761-8394172 · Fax: 02761-8395706

Einverständniserklärung der Sorgeberechtigten

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, daß mein Sohn/meine Tochter

_____ geb. am _____
Vor und Nachname des Kindes Geburtsdatum des Kindes

in der Kinder-und Jugendpsychiatrischen Praxis Dr. med Simone Jungjohann
vorgestellt und behandelt wird.

Mir ist bekannt dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit widerrufen kann.

Datum, Unterschrift
(Sorgeberechtigter Vater/ Vormund)

Datum, Unterschrift
(Sorgeberechtigter Mutter/ Vormund)

Sorgeberechtigter Vater / Vormund

Name und Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ, Wohnort

Telefon: Handy

Festnetz

Sorgeberechtigte Mutter / Vormund

Name und Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ, Wohnort

Telefon: Handy

Festnetz