



Einverständniserklärung des sorgeberechtigten Elternteils

Hiermit erkläre ich, _____, als

sorgeberechtigte Mutter

sorgeberechtigter Vater

Vormund / _____

mein Einverständnis mit der Untersuchung und Behandlung meiner

Tochter/meines Sohnes _____

in der **Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie von Herrn Dr. Brox.**

Sinsheim, den _____ Unterschrift: _____