



Zustimmung zur medikamentösen Behandlung

Hiermit erkläre ich, _____, als

- sorgeberechtigte Mutter
- sorgeberechtigter Vater
- Vormund / _____

mich einverstanden mit einer **medikamentösen Behandlung** im Rahmen eines ADS/ADHS

bei meiner Tochter/meinem Sohn _____

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

Auf eine persönliche Aufklärung wird verzichtet.

Sinsheim, den _____ Unterschrift: _____