



Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
Sozialpsychiatrie und systemische Therapie

Dr. med. Karl Reitzle

Diagnostik
Sozialpsychiatrie
Systemische Familientherapie
Verhaltenstherapie
Elternteraining
Pharmakotherapie
Gutachtenerstellung

Einverständnis-Erklärung bei getrennt lebenden Sorgeberechtigten

Hiermit erkläre ich

_____, geb. am _____
(Sorgeberechtigter)

mich damit einverstanden, dass mein Kind:

_____, geb. am _____
(Name des Kindes / Jugendlichen)

in Ihrer kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis untersucht und behandelt wird.

(Ort, Datum)

(Unterschrift)