



## Einverständnis-Erklärung bei getrennt lebenden Sorgeberechtigten

Hiermit erkläre ich

\_\_\_\_\_, geb. am \_\_\_\_\_  
(Sorgeberechtigter)

wohnhaft in:

\_\_\_\_\_  
(Adresse) (Postleitzahl) (Ort)

mich damit einverstanden, dass mein Kind

\_\_\_\_\_, geb. am \_\_\_\_\_  
(Name des Kindes / Jugendlichen)

in der kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis Dr. Reitzle und Dr. Ortmann Seabra  
untersucht und behandelt wird.

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift)