



Dr.med. Jennifer-Judith Hladun

Ärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie / -psychotherapie

Einverständniserklärung des sorgeberechtigten Elternteils

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass mit meinem Kind

Name: _____

geboren am: _____

Termine in der Praxis Kuhstrasse durchgeführt werden, die der

- diagnostischen Abklärung
- sozialpsychiatrischen Behandlung
- medikamentösen Behandlung

dienen.

Die Einwilligung kann jederzeit schriftlich widerrufen werden.

Braunschweig, den _____

Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten