



Dr.med. Jennifer-Judith Hladun

Ärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie / -psychotherapie

Wir erklären,

dass unser Kind _____

geboren am _____

in diesem Quartal in keiner anderen sozialpsychiatrisch arbeitenden Praxis, in keinem sozialpädiatrischen Zentrum (wie SPZ oder ZEUS WOB) und in keiner Institutsambulanz in Behandlung ist.

Wir haben alle in die Behandlung einbezogenen Ärzte und Institutionen von dem Termin in der kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis Kuhstrasse informiert beziehungsweise werden sie informieren. Bereits vorliegende Befunde werden wir der Praxis zur Verfügung stellen.

Wir erklären außerdem, dass wir die Praxis unverzüglich davon unterrichten werden, wenn wir eine Behandlung in einer der oben genannten Institutionen anstreben.

Braunschweig, den _____

Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten