



Dr. med.
Anna SCHNÜRCH

Psychiatrische Privatpraxis
für Kinder, Jugendliche & Erwachsene

Einverständniserklärung

für Sorgeberechtigte*n bzw. Vormund*in

Name, Vorname der/des Patient*in:

Geburtsdatum der/des Patient*in:

Name, Vorname mind. einer/s Sorgeberechtigten oder Vormunds*:

Hiermit stimme ich/stimmen wir zu, dass sich mein/unser Kind/Mündel zwecks psychiatrischer Diagnostik und Therapie in der o.g. Praxis vorstellt.

Folgende Personen dürfen ggf. bei Terminen anwesend sein:

Ort, Datum:

Unterschrift(en)

*Die Bestellsurkunde ist in Kopie beigelegt