



Praxis für seelische
Gesundheit im Kindes-
und Jugendalter

Dr. med. Christian Kiefer

Facharzt für Kinder-
und Jugendpsychiatrie
-psychotherapie

Einverständniserklärung/Vollmacht

Hiermit erkläre ich, _____, als Sorgeberechtigte(r) mich
(Name der/des Sorgeberechtigten)

damit einverstanden, dass mein Kind _____ in Ihrer Praxis zur
(Name des Kindes)

Diagnostik / Behandlung vorgestellt werden darf.

Unterschrift Erziehungsberechtigte(r): _____

Ort/Datum: _____