



Praxis für seelische  
Gesundheit im Kindes-  
und Jugendalter

**Dr. med. Christian Kiefer**

Facharzt für Kinder-  
und Jugendpsychiatrie  
-psychotherapie

## **Einverständniserklärung über die Begleitung der Therapie durch Praxishund**

**Kind:** \_\_\_\_\_

Hiermit erkläre ich damit einverstanden, dass Frau Mucha im Rahmen der Therapie unseres Kindes in der Praxis ihren Hund Baba einsetzt. Baba ist ein Golden Retriever und wird von Tierärzten gesundheitlich überwacht und in regelmäßigen Abständen entwurmt. Baba zeichnet sich durch sein freundliches und kinderliebes Wesen aus.

Über die Besonderheiten im Umgang mit Tieren (Tiere können sich z.B. erschrecken und dann unvorhergesehen reagieren etc.) bin ich mir bewusst.

Wir bitten um Bestätigung, dass Ihr Kind nicht an einer Hundehaarallergie leidet und über einen ausreichenden Tetanus Impfschutz verfügt.

Bei Rückfragen steht Ihnen Frau Mucha gerne zur Verfügung.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift