



Praxis für seelische
Gesundheit im Kindes-
und Jugendalter

Dr. med. Christian Kiefer

Facharzt für Kinder-
und Jugendpsychiatrie
-psychotherapie

Vollmacht

Hiermit erkläre ich, _____, mich damit einverstanden,
(Name des Erziehungsberechtigten)

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

Diagnostik / Behandlung vorgestellt werden darf.

Unterschrift Erziehungsberechtigter: _____

Datum: _____