

Einverständniserklärung:

Hiermit erkläre ich mein Einverständnis, dass mein von mir getrennt lebendes Kind

Name, Vorname des Kindes:

geboren am:

wohnhaft:

durch Frau Dr. Susanne Jödicke-Fritz, Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie,
Petersdorfer Straße 51, 15517 Fürstenwalde behandelt wird.

Auf die Möglichkeit zu einem Beratungsgespräch in der Praxis zu erscheinen wurde ich hingewiesen.

Name, Vorname des sorgeberechtigten Elternteils:

geboren am:

wohnhaft:

Ort, Datum:

Unterschrift des getrennt lebenden sorgeberechtigten leiblichen Elternteils:
