

Einverständniserklärung

Hiermit erklären beide Elternteile ihr Einverständnis, dass das gemeinsame 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 und deren Team behandelt wird.**

Sorgeberechtigte Kindesmutter:

Name, Vorname:.....

geboren am:

wohnhaft:

Des Weiteren entbinde ich alle in die Behandlung einbezogenen Personen / Institutionen (z. B. Schule / Kita, Jugendamt, vorbehandelnde Therapeuten / Ärzte) von ihrer Schweigepflicht.

Ort, Datum: **Unterschrift der Mutter:**

Sorgeberechtigter Kindsvater:

Name, Vorname:.....

geboren am:

wohnhaft:

Des Weiteren entbinde ich alle in die Behandlung einbezogenen Personen / Institutionen (z. B. Schule / Kita, Jugendamt, vorbehandelnde Therapeuten / Ärzte) von ihrer Schweigepflicht.

Ort, Datum: **Unterschrift des Vaters:**
