

**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:

---