

Dr. med. Simone Jungjohann

Fachärztin für Kinder - und Jugendpsychiatrie / psychotherapie



Bruchstraße 15 a · 57462 Olpe · Tel.: 02761-8394172 · Fax: 02761-8395706

### Einverständniserklärung der Sorgeberechtigten

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, daß mein Sohn/meine Tochter

\_\_\_\_\_  
Vor und Nachname des Kindes

geb. am \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum des Kindes

in der Kinder-und Jugendpsychiatrischen Praxis Dr. med Simone Jungjohann  
vorgestellt und behandelt wird.

Mir ist bekannt dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit widerrufen kann.

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift  
(Sorgeberechtigter Vater/ Vormund)

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift  
(Sorgeberechtigter Mutter/ Vormund)

#### Sorgeberechtigter Vater / Vormund

\_\_\_\_\_  
Name und Vorname

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ, Wohnort

\_\_\_\_\_  
Telefon: Handy

\_\_\_\_\_  
Festnetz

#### Sorgeberechtigte Mutter / Vormund

\_\_\_\_\_  
Name und Vorname

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ, Wohnort

\_\_\_\_\_  
Telefon: Handy

\_\_\_\_\_  
Festnetz