



Fachärztliches Zentrum
für Kinder- und Jugendpsychiatrie
und -psychotherapie

Dr. med. Raéd-Peter Nasser
Dr. med. Oliver Theill
Dr. med. Daniela Michels

Herzogstr. 89-91
40215 Düsseldorf
Fon 0211 / 93 88 96 90
Fax 0211 / 93 88 96 929
E-Mail mail@kjp-praxis.de
Web kjp-praxis.de

Einverständniserklärung

Liebe Eltern,

bei der Vorstellung von Kindern getrennt lebender Eltern mit gemeinsamem Sorgerecht sind wir verpflichtet, vom getrennt lebenden Elternteil eine schriftliche Einverständniserklärung für die Diagnostik und Therapie in unserer Praxis anzufordern.

Mit freundlichen Grüßen

Dres. med. Nasser, Theill, Michels

Hiermit erkläre ich mich (Name/Vorname) _____

mit der Diagnostik und Therapie meines Kindes

(Name/Vorname/Geb.-datum.) _____

im Fachärztlichen Zentrum für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie einverstanden.

Das Einverständnis kann jederzeit schriftlich widerrufen werden.

Datum / Unterschrift