

Miriam Bertuzzo
Facharztpraxis für Kinder- u. Jugendpsychiatrie
u. –psychotherapie

Kölner Str. 4, 51429 Bensberg, 02204/201760, praxis@kjp-bensberg.de

Sehr geehrte Eltern, Vormünder/ -innen, Pflegeeltern,

Ihr Kind/Mündel stellte sich in meiner Praxis/wird sich in unserer Praxis zu einem Erstgespräch vorstellen. Wir benötigen für eine Diagnostik und Behandlung des unten angegebenen Kindes das Einverständnis beider Elternteile, bzw. des Vormunds. Bitte unterschreiben Sie diese hierfür.

Hiermit erlaube ich die Diagnostik und Behandlung meines Kindes/Mündel

in der Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie
Miriam Bertuzzo.

Name, Datum, Unterschrift