



Einverständniserklärung

für die Behandlung von:.....

Geb.-Datum:.....

Diese Erklärung ist von **beiden Elternteilen**, bzw. **Erziehungsberechtigte/n** zu unterschreiben.

Falls **nur ein Elternteil sorgeberechtigt ist**, bitten wir um einen entsprechenden **Beschluss des Amtsgerichtes**.

Hiermit erklären wir

Frau

wohnhaft (vollständige Adresse)

und

Herr

wohnhaft (vollständige Adresse)

dass wir, als sorgeberechtigte Eltern/ Erziehungsberechtigte, die Behandlung in Ihrer Praxis wünschen.

Ort, Datum, **Unterschrift (Mutter)**

Ort, Datum, **Unterschrift (Vater)**

Ort, Datum, **Unterschrift**
Erziehungsberechtigten

