

Martina Skrotzki

Kinder- und Jugendpsychiatrie

Heeserstr. 8

57072 Siegen

Tel.: 0271-703096-0

Fax: 0271-703096-29

E-Mail: info@praxis-skrotzki.de

Einverständniserklärung

Hiermit erkläre ich, geb. am mich mit der Diagnostik und ggf. darauf folgender Behandlung meines Kindes geboren am in der kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis von Martina Skrotzki einverstanden.

Adresse:

.....
.....
.....

Tel./Handy:.....

Datum

Unterschrift

Ausschluss sozialpsychiatrischer Behandlung

Hiermit bestätige ich, dass bei meinem Kind,geb. am zurzeit keine sozialpsychiatrische Behandlung in sozialpsychiatrischen Zentren, kinderpsychiatrischen Institutsambulanzen oder anderen sozialpsychiatrischen Einrichtungen stattfindet.

Falls sich Termine in den o. g. Einrichtungen vereinbare, verpflichte ich mich, dies unmittelbar mitzuteilen.

Datum

Unterschrift