

Einverständniserklärung (Bitte in Blockbuchstaben ausfüllen!)

Hiermit erkläre ich,

Herr/Frau

geb. am

wohnhaft

Telefon

als Sorgeberechtigte/r

mein Einverständnis zur Vorstellung meines Kindes, geb.

wohnhaft, bei

zur Diagnostik / Behandlung bei Frau Dr. Möhrle.

Ort, Datum

Unterschrift