

**Einverständniserklärung des nicht vorstellenden sorgeberechtigten Elternteils**

(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