

EINVERSTÄNDNIS BEI GEMEINSAMEM SORGERECHT

Für meine Tochter/meinen Sohn:

geb. am:

besteht folgendes Sorgerecht:

VATER

MUTTER

GEMEINSAMES SORGERECHT

Mit der Gesundheitsfürsorge ist betraut:

VATER

MUTTER

GEMEINSAME GESUNDHEITSFÜRSORGE

Ich gebe mein Einverständnis, dass mein Sohn/meine Tochter eine kinderpsychiatrische Behandlung in der Praxis Dr. Kormann erhalten darf.

Nachname, Vorname des Vaters (Druckschrift)

Unterschrift des Vaters

Nachname, Vorname der Mutter (Druckschrift)

Unterschrift der Mutter