

## Einwilligung in die Behandlung und Diagnostik

Hiermit erkläre ich \_\_\_\_\_, geb. am \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, geb. am \_\_\_\_\_

wohnhaft in \_\_\_\_\_  
Straße PLZ Ort

mich einverstanden, dass mein Sohn / meine Tochter

**Name des Kindes/Jugendlichen** \_\_\_\_\_

**Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_

**Wohnhaft in:** \_\_\_\_\_  
(falls abweichend)

in der Praxis **untersucht und gegebenenfalls behandelt** wird.

Mir ist bekannt, dass ich diese **Zustimmung** jederzeit und ohne Angaben von Gründen mit Wirkung für die Zukunft **widerrufen** kann.

Ort, Datum

Unterschrift aller Sorgeberechtigten

Bitte bringen Sie diesen Bogen ausgefüllt zum Ersttermin in die Praxis mit!