



PRAXIS FÜR KINDER-
UND JUGENDPSYCHIATRIE
UND -PSYCHOTHERAPIE

**Gemeinschaftspraxis Dr. med. Daniela Thron-Kämmerer und Renate Bachmayer
Heilig-Geist-Gasse 411, 84028 Landshut, Tel.: 0871/27 66 80, FAX: 0871/27 66 810**

Einverständniserklärung

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Anschrift:

Hiermit erkläre ich mich als sorgeberechtigter Elternteil damit einverstanden, dass das o. g. Kind in der Praxis Dr. Thron - Kämmerer und Bachmayer behandelt wird.

[] gemeinsames Sorgerecht:

[] alleiniges Sorgerecht:

Bitte sorgen Sie dafür, dass diese Einverständniserklärung uns vor dem nächsten Behandlungstermin vorliegt, da dieser sonst nicht stattfinden kann.

.....

sorgeberechtigte Mutter

.....

sorgeberechtigter Vater

Landshut, den