

Erklärung

betr. Patientin bzw. Patient _____

Hiermit erkläre ich bzw. erklären wir, dass keine laufende sozialpsychiatrische Behandlung in einem Sozialpädiatrischen Zentrum, einer Psychiatrischen Institutsambulanz oder anderen sozialpsychiatrischen Einrichtungen in Anspruch genommen wird.

Ort, Datum, Unterschrift der Mutter

Ort, Datum, Unterschrift des Vaters

Ort, Datum, Unterschrift des Vormundes

Ort, Datum, Unterschrift der betr. Einrichtung

Ich bin alleinige/r Inhaber/in der elterlichen Sorge (bitte ggf. ankreuzen)

Ort, Datum, Unterschrift der Patientin / des Patienten selbst