



Dr. med.  
**Barbara Wüst**

Ärztin für Kinder-  
und Jugendpsychiatrie  
Psychotherapie

## EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Name: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Als Sorgeberechtigte für das Kind

\_\_\_\_\_

geboren am \_\_\_\_\_ sind wir mit einer psychiatrischen  
Diagnostik und Behandlung in der oben genannten Kinder- und  
Jugendpsychiatrischen Praxis einverstanden.

Datum, Ort Unterschrift \_\_\_\_\_

Krim 1  
58540 Meinerzhagen

Tel. 0 23 54 | 779 700  
Fax: 0 23 54 | 709 81 89

praxis-b.wuest@t-online.de  
www.praxis-wuest.com