



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