

Einwilligung in die Behandlung

Ich, _____
(Name Sorgeberechtigte(r))

(Adresse)

(Telefonnummer)

bin damit einverstanden, dass

_____ **geboren am** _____
(Patient(in))

in der **Praxis von Frau Dr. Etrich untersucht bzw. behandelt** wird.

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mein Einverständnis, das Einverständnis kann jederzeit widerrufen werden.

(Ort, Datum)

(Unterschrift Sorgeberechtigte(r))