



Einverständniserklärung

Hiermit willige ich:

Vorname Sorgeberechtigter

Nachname Sorgeberechtigter

geboren am

mit der Behandlung meines Kindes:

Vorname Kind

Nachname Kind

geboren am

im MVZ für Kinder- und Jugendpsychiatrie München, Dres. med. Epple & Reuter-Dang sowie Kollegen ein.

Einwilligung

Ich stimme der Datenschutzerklärung zu.

Unsere Datenschutzerklärung finden Sie hier: <https://kjp-muenchen.com/datenschutzerklaerung/>

Ort, Datum

Unterschrift

Bitte drucken Sie das Formular aus und bringen es zu Ihrem nächsten Termin mit. Alternativ können Sie uns das Formular schicken. Es sind nur Unterschriften im Original gültig. Vielen Dank.