

**KiJu Pure – Anna Pfeuffer**  
Kinder- und Jugendpsychiatrie  
Psychotherapie, Sozialpsychiatrie  
Heidelberger Str. 19  
68766 Hockenheim  
Telefon 06205/ 286363  
Fax 06205/ 286364

## Behandlungseinverständnis der Erziehungsberechtigten

Ich bin/ wir sind als Sorgeberechtigte/r damit einverstanden, dass mein Sohn/ meine Tochter

Name, Vorname .....

Geburtsdatum .....

Anschrift .....

zur Diagnostik, Beratung und Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Praxis Anna Pfeuffer, Hockenheim, vorgestellt wird.

Unterschriften **aller** Erziehungsberechtigten:

.....  
Datum

.....  
Unterschrift Mutter

.....  
Datum

.....  
Unterschrift Vater

.....  
Datum

.....  
Unterschrift Sonstige

Ich habe das **alleinige Sorgerecht** für meinen Sohn/ meine Tochter

.....  
Datum

.....  
Unterschrift  
Erziehungsberechtigte/r