



Einverständniserklärung

Mit der folgenden Unterschrift erkläre ich mich mit der Diagnostik und Behandlung meines Kindes in der Praxis von Fr. Ulrike Reen einverstanden.

Ich stimme außerdem zu, dass Daten zur Verwendung in der Praxis aufgezeichnet und archiviert werden dürfen.

- Ich habe das alleinige Sorgerecht

Datum/Unterschrift

- Wir haben das gemeinsame Sorgerecht bzw. erkläre ich, dass der abwesende Sorgeberechtigte mit der Behandlung einverstanden ist (Unterschrift von beiden Elternteilen notwendig!).

Unterschrift Mutter

Unterschrift Vater

Sprechzeiten:

Mo 9-12 + 14-16

Di 9-12 + 14-16

Mi 9-12

Do 12-18

Fr 9-12

Termine nur nach Absprache