

DR. MED. SIMONE FLACH

FACHÄRZTIN FÜR KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE UND – PSYCHOTHERAPIE

Hofaue 41-45, 42103 Wuppertal

Tel 0202-94608990 / FAX 0202 94608991

Einverständniserklärung für Volljährige

Für die Behandlung von:
(Name, Vorname und Geburtsdatum des/der Patienten/-in)

wohnhaft in:
(Straße, PLZ, Wohnort)

Hiermit erkläre ich, dass ich die Behandlung in Ihrer Praxis wünsche.

Ich erkläre mich bereit, die Termine in Ihrer Praxis einzuhalten und in Ausnahmefällen 48 Stunden vorher abzusagen.

Ich versichere, dass ich nicht zeitgleich in einer anderen kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis, psychiatrischen Institutsambulanz oder einem SPZ behandelt werde.

.....
(Unterschrift des/der Patienten/-in)

Wuppertal, den