

## **Behandlungseinverständnis**

Betrifft: \_\_\_\_\_

Als Sorgeberechtigte/r für das o.g. Kind bin ich mit einer Diagnostik und/oder Behandlung in der Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie Celle einverstanden.

\_\_\_\_\_  
(Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift)