

Sehr geehrte Eltern,

Ihre Tochter / Ihr Sohn

_____, geb. _____
(Name)

wurde am Sozialpädiatrischen Zentrum Landshut zur Diagnostik vorgestellt, welche zum Wohle Ihres Kindes erfolgen soll.

Falls Sie Fragen zu der beabsichtigten Diagnostik haben, können Sie sich gerne unter der oben genannten Telefonnummer mit uns in Verbindung setzen.

Wir möchten Sie bitten, die folgende Einverständniserklärung von allen Sorgeberechtigten unterschreiben zu lassen und sie zum nächsten Diagnostiktermin wieder mitzubringen.

Vielen Dank, Ihr SPZ-Team

Einverständniserklärung bei gemeinsamer elterlicher Sorge

Hiermit erklären wir unser Einverständnis, dass unsere Tochter / unser Sohn

_____, geb. _____

am SPZ zur Diagnostik vorgestellt wird.

Datum: _____

Unterschrift (Mutter): _____

Unterschrift (Vater): _____

