



dr. med. brigitte schmidtler

fachärztin für  
kinder- und jugendpsychiatrie  
und psychotherapie  
(alle kassen)

fachärztin für  
psychiatrie und  
psychotherapie  
(privat)

## Einwilligung

Als Sorgeberechtigter Vater/Mutter von

.....

Wohnhaft

.....

gebe ich meine Einwilligung, dass meine Tochter/Sohn bei Frau Dr. Schmidtler untersucht und ggf.  
behandelt werden darf .

Ort, Datum.....

Unterschrift.....