

**Praxis Dr. med. Martina Hirner
Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie
Vestnertorgraben 53, 90408 Nürnberg
Tel. 0911/9376655**

Einverständniserklärung

Hiermit erkläre ich Herr/Frau _____ mich

damit einverstanden, dass mein Sohn/meine Tochter

in der Praxis von Frau Dr. Martina Hirner, Fachärztin
für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie,
ambulant behandelt wird.

Ort und Datum

Unterschrift (Vorname und Name)