

**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)