

**Gemeinschaftspraxis**

**Dres. med. Dagmar Finke & Joachim Wilken**

**Fachärzt\*innen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -  
psychotherapie**

**Hafenweg 26 b 48155 Münster Tel. 0251-80544**

**Einverständniserklärung**

Hiermit erklären wir uns einverstanden, dass unsere(r) gemeinsame(r) Tochter/Sohn,  
..... , in der o.g. kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis zu einer  
diagnostischen Einschätzung gesehen wird.

Datum: .....

..... (Kindsmutter) .....

Datum: .....

..... (Kindsvater) .....