



## **Einverständniserklärung**

**Hiermit erkläre ich, \_\_\_\_\_**

Vorname und Nachname des Sorgeberechtigten

**mich damit einverstanden, dass**

**mein Sohn**

\_\_\_\_\_, geb. am \_\_\_\_\_

**in der Praxis von Frau Heizmann-Linder,**

**Alter Weg 32 in 38302 Wolfenbüttel behandelt wird.**

---

Ort, Datum

Unterschrift