

Einverständniserklärung der Sorgeberechtigten zu Beratungsgesprächen

.....
Name und Geburtsdatum des Kindes

- Hiermit erklären wir, als gemeinsam sorgeberechtigte Eltern, unser
- Hiermit erkläre ich, als allein sorgeberechtigter Elternteil, mein
- Hiermit erkläre ich, als gesetzlicher Vormund, mein

Einverständnis zur Durchführung von Beratungsgesprächen im Rahmen des Projektes KLEE im
Zentrum für Palliativmedizin und Kinderschmerztherapie Homburg

.....
Ort, Datum Unterschrift des ersten Sorgeberechtigten

.....
Name

.....
Straße und Hausnummer

.....
Postleitzahl und Ort

.....
Telefonnummer und E-Mail

.....
Ort, Datum Unterschrift des zweiten Sorgeberechtigten

.....
Name

.....
Straße und Hausnummer

.....
Postleitzahl und Ort

.....
Telefonnummer und E-Mail