

Einverständniserklärungen

Hiermit erkläre ich _____ mich damit einverstanden, dass ich
bzw. der Bewohner _____ durch

Fr. Dr. Ludmilla Schmidt, Fachärztin für Psychiatrie, Ambulanz „Vitos“,
Sophienstraße 7, 35576 Wetzlar fachärztlich betreut werden möchte.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich mein Einverständnis hierfür.

Braunfels, den

(Unterschrift)

Hiermit genehmige ich _____, dass bei mir bzw. bei dem

Bewohner _____ sowohl zum Mittagschlaf -auf eigenen
Wunsch bei Bedarf- als auch zur Nachtruhe das Bettgitter hochgestellt werden darf.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich mein Einverständnis hierfür.

Braunfels, den

(Unterschrift)