

<hr/> Name, Vorname:	 <p>Klinik Werraland Zentrum für Familiengesundheit</p> <p>Prävention und Rehabilitation Psychischer und somatischer Erkrankungen</p> <p>Balzerbornweg 2 37242 Bad Sooden-Allendorf Tel. 05652/955-0 Fax: 05652/955-100 info@klinik-werraland.de www.klinik-werraland.de</p>  <p>Vorsorge/Rehabilitation Mütter/Mutter-Kind</p>
<hr/> Geb.-Datum:	
<hr/> Anschrift:	
<hr/> Telefon:	

Kinder- und Jugendpsychiatrisches Attest

Oben genanntes Kind befindet sich seit _____ in meiner psychiatrischen Behandlung.

Sie/er ist psychisch ausreichend stabil, gruppenfähig, nicht eigen- oder fremdgefährdend und damit aus psychiatrischer Sicht uneingeschränkt kurfähig.

Ort, Datum

Unterschrift, Stempel