



THERAPIEHAUS
FEUERSTEIN

Behandlungseinverständnis der Erziehungsberechtigten

Ich bin/wir sind als Sorgeberechtigte/r damit einverstanden, dass mein Sohn/ meine Tochter:

Name: _____

Geb. Datum: _____

Anschrift: _____

zur Diagnostik, Beratung und gegebenenfalls Behandlung in der psychotherapeutischen Praxis für Kinder und Jugendliche **THERAPIEHAUS FEUERSTEIN** vorgestellt wird.

Unterschrift aller Erziehungsberechtigten

Ort, Datum Unterschrift - Mutter

Ort, Datum Unterschrift - Vater

Ort, Datum Unterschrift - Sonstige

Ich habe das alleinige Sorgerecht für meinen Sohn/ meine Tochter.

Ort, Datum Unterschrift