



**THERAPIEHAUS  
FEUERSTEIN**

## **BEHANDLUNGSEINVERSTÄNDNIS DER SORGEBERECHTIGTEN**

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

Name: \_\_\_\_\_

Geb. Datum: \_\_\_\_\_

**Anschrift:** \_\_\_\_\_

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

### **Unterschriften aller Sorgeberechtigten:**

Ort, Datum Unterschrift – Sorgeberechtigte Mutter

**Unterschrift – Sorgberechtigter Vater**

---

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift - Sonstige \_\_\_\_\_

**Und gegebenenfalls zusätzlich:** Ich habe das alleinige Sorgerecht für meine Tochter/meinen Sohn:

Ort, Datum Unterschrift alleiniger Sorgerechte/r