

## 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

_____	_____
Ort, Datum	Unterschrift – Sorgeberechtigter Vater

_____	_____
Ort, Datum	Unterschrift - Sonstige

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

_____	_____
Ort, Datum	Unterschrift alleiniger Sorgeberechtigte/r