

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