



**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 ggf. 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 \_\_\_\_\_