



Einverständniserklärung

der sorgeberechtigten Elternteile bzw. des sorgeberechtigten Elternteils

Hiermit erkläre ich mich mit der Diagnostik und Behandlung meines Sohnes / meiner Tochter

Name des Kindes:

Vorname:

geb.:

in der Praxis für Kinder- und Jugendpsychotherapie am Rheingoldplatz einverstanden.

Name, Vorname

des /der Sorgeberechtigten:

Anschrift:

Telefonische Erreichbarkeit:

Datum

Unterschrift des/der Sorgeberechtigten

Name, Vorname

des /der Sorgeberechtigten:

Anschrift:

Telefonische Erreichbarkeit:

Datum

Unterschrift des/der Sorgeberechtigten