THERAPIEHAUS
FEUERSTEIN

BEHANDLUNGSEINVERSTÄNDNIS DER ERZIEHUNGSBERECHTIGTEN

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

Name: _____

Geb. Datum: _____

Anschrift: _____

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

Unterschrift aller Erziehungsberechtigten:

_____ _____
Ort, Datum Unterschrift – Sorgeberechtigte Mutter

_____ _____
Ort, Datum Unterschrift – Sorgeberechtigter Vater

_____ _____
Ort, Datum Unterschrift - Sonstige

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

_____ _____
Ort, Datum Unterschrift alleiniger Sorgeberechtigte/r