



# 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 Jasmin Wach 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