

Praxis für Psychotherapie

Dr. Maria Rime

Am Bichl 14
86983 Lechbruck

**Einverständniserklärung der Sorgeberechtigten für eine ambulante
Psychotherapie**

Name des Kindes / Jugendlichen: _____

Geburtsdatum: _____

wohnhaft: _____

Für die Durchführung einer Psychotherapie ist es notwendig, dass alle Sorgeberechtigten eines Kindes oder Jugendlichen mit der Behandlung einverstanden sind.

Unterschrift aller Sorgeberechtigten (inklusive der Gesundheitsfürsorge):

Ort, Datum	Name/Vorname 1. Sorgeberechtigter	Unterschrift
Ort, Datum	Name/Vorname 2. Sorgeberechtigter	Unterschrift

Ich habe das alleinige Sorgerecht (inklusive der Gesundheitsfürsorge)-bitte Nachweis vorlegen:

Ort, Datum	Name/Vorname	Unterschrift
------------	--------------	--------------

