

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG
des getrenntlebenden sorgeberechtigten Elternteils

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass mein Sohn / meine Tochter

Name, Vorname des Kindes:

geb. am:

in der Psychotherapeutischen Praxis für Kinder und Jugendliche, Frau Solveig Zille, Dipl.-Sozialarb. (FH) vorgestellt wird und bei Indikation weitere Termine zur Klärung einer anschließenden antragspflichtigen ambulanten verhaltenstherapeutischen Behandlung durchgeführt werden.

Name, Vorname
des/der Sorgeberechtigten:

Adresse:

(Straße, Hausnr./PLZ-Wohnort)

Telefonische Erreichbarkeit:

Email:

.....
Ort/Datum

.....
(Unterschrift des/der Sorgeberechtigten)