Kinderpsychotherapie
EISENACH

Einverständnis des nicht anwesenden Elternteils bei gemeinsamem Sorgerecht

_____ _____
Name des Kindes Geburtsdatum

Ich _____ O sorgeberechtigter Kindsvater
Vor- und Zuname O sorgeberechtigte Kindsmutter
(zutreffendes bitte ankreuzen!)

wohnhaft in _____

O stimme einer Vorstellung zur Beratung und diagnostischen Abklärung
O stimme einer Psychotherapie für meinen Sohn/ meine Tochter

in der Psychotherapeutischen Praxis Frau _____

ausdrücklich zu.

_____ _____
Ort, Datum Unterschrift