

Einwilligung Sorgeberechtigte

Patient: _____ Geburtsdatum: _____

Als Sorgeberechtigte(r) für das oben genannte Kind bin ich mit der Diagnostik und Behandlung (inkl. Sprechstunde, Akuttherapie, Probatorik, Kurz- oder Langzeittherapie) in der Praxis von Dipl. Soz.päd. (FH) Katharina Zrenner (Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin) einverstanden.

1. Name und Anschrift des Sorgeberechtigten

Datum

Unterschrift Sorgeberechtigter

2. Name und Anschrift des Sorgeberechtigten

Datum

Unterschrift Sorgeberechtigter

Bei Rückfragen nehmen Sie bitte gerne Kontakt zur Praxis auf.