

Einverständniserklärung in die psychotherapeutische Behandlung

Ich bin / Wir sind als Sorgeberechtigte/r damit einverstanden, dass mein Sohn / meine Tochter

Name: _____

Geb.-Datum: _____

Anschrift: _____

*zur Diagnostik, Beratung und gegebenenfalls Behandlung in der Praxis für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie – **JOHANNES KIRF** vorgestellt wird.*

Unterschrift aller Sorgeberechtigten:

Ort, Datum

Unterschrift – Mutter

Ort, Datum

Unterschrift – Vater

Ort, Datum

Unterschrift - Sonstige

Nimmt ein/e Sorgeberechtigte/r nicht am Erstgespräch teil:

*Hiermit ermächtige ich die Mutter / den Vater _____ alle
nötigen Schweigepflichtentbindungen (z.B. Hausarzt, Schule, Jugendamt) auszustellen.*

Ort, Datum

Unterschrift des abwesenden Sorgeberechtigten