

Einwilligung der Sorgeberechtigten

Patient: _____ Geburtsdatum: _____

Als Sorgeberechtigte(r) für das oben genannte Kind bin ich mit der Diagnostik und Behandlung (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 des Sorgeberechtigten

2. Name und Anschrift des Sorgeberechtigten

Datum

Unterschrift des Sorgeberechtigten

Bei Rückfragen nehmen Sie bitte gerne Kontakt zur Praxis auf.