

## 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