

## Behandlungseinverständnis

Patient: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

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

Datum \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Sorgeberechtigten

### Angaben zum unterzeichnenden Elternteil

Name Vater/Mutter \_\_\_\_\_

Anschrift Vater/Mutter \_\_\_\_\_

Telefonnummer Vater/Mutter \_\_\_\_\_