



Behandlungseinverständnis der Erziehungsberechtigten

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

Name _____

Anschrift _____

Geburtsdatum _____

Geburtsort _____

zur Diagnostik, Beratung und gegebenenfalls Behandlung in der kinder- und
jugendlichenpsychotherapeutischen Praxis Seehars vorgestellt wird.

Unterschrift aller Erziehungsberechtigten

Datum

Mutter

Datum

Vater

Datum

Sonstige

Ich habe das alleinige Sorgerecht für meine Tochter / meinen Sohn

Datum

Sorgeberechtigter