

Einverständniserklärung

Wir sind/Ich bin damit einverstanden, dass unser/mein Kind

_____, geboren am _____,
Vorname, Name

in der Psychotherapeutischen Praxis am Ring (bitte ankreuzen!)

- ☐ psychodiagnostisch untersucht und ggf.
☐ psychotherapeutisch behandelt wird.

Unterschriften aller Sorgeberechtigten

_____, _____
Ort, Datum

Vorname/Name der/des Sorgeberechtigten

Unterschrift

Vorname/Name der/des Sorgeberechtigten

Unterschrift