



PSYCHOTHERAPIE für Kinder und Jugendliche Praxis D. Eibl & D. Steinkohl

Einwilligung in die psychotherapeutische Behandlung

Name des Kindes / Jugendlichen: _____ geb. am _____

bitte alle Sorgeberechtigten ankreuzen / benennen:

| | |
|---|--|
| <input type="radio"/> leibliche Mutter Name, Adresse, Telefon: | Ich stimme einer Behandlung in oben genannter Praxis zu _____ Ort, Datum, Unterschrift |
| <input type="radio"/> leiblicher Vater Name, Adresse, Telefon: | Ich stimme einer Behandlung in oben genannter Praxis zu _____ Ort, Datum, Unterschrift |
| <input type="radio"/> ggf. andere Personen Name, Adresse, Telefon: | Ich stimme einer Behandlung in oben genannter Praxis zu _____ Ort, Datum, Unterschrift |

Mit der Unterschrift bestätige(n) ich / wir gleichzeitig, dass keine weiteren Personen sorgeberechtigt sind.

Falls Sie vor einer Zustimmung weitere Informationen benötigen, setzen Sie sich bitte mit uns in Verbindung.

Ich kann meine Einwilligung mit Wirkung für die Zukunft jederzeit widerrufen.