

Zustimmung zur psychotherapeutischen Diagnostik und Behandlung

Ich _____ (Vor- und Nachname) stimme als
sorgeberechtigter Elternteil der psychotherapeutischen Behandlung meines Kindes
_____, geb. am _____,
in der Praxis Ewering, Emsstraße 5, in 48431 Rheine zu.

Mir ist bekannt, dass ich mich bei Fragen/Hinweisen/Anregungen bzgl. der
psychotherapeutischen Behandlung meines Kindes jederzeit an die behandelnde
Psychotherapeutin wenden kann.

Ort, Datum

Unterschrift des sorgeberechtigten Elternteils