

Ulrike Ewering & Kolleg:innen · 48431 Rheine · Emsstraße 5

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