

Einverständniserklärung

(vom Sorgeberechtigten, der/die am Erstgespräch bzw. zur weiterführenden Behandlung nicht anwesend sein kann)

Hiermit erkläre ich mich als Sorgeberechtigte/r einverstanden mit der ambulanten Diagnostik und psychotherapeutischen Behandlung (Verhaltenstherapie) meines Kindes/ Mündels

....., geboren am

in der Psychotherapeutischen Praxis für Kinder und Jugendliche von Frau Dipl.-Päd. Stefanie Lamla,
Klosterstr. 16, 14770 Brandenburg.

Name, Anschrift, Telefon des sorgeberechtigten Vaters/der sorgeberechtigten Mutter/ des Vormundes:

.....
.....

Brandenburg, den

.....
(Unterschrift Sorgeberechtigte/r)