



## Behandlungseinverständniserklärung der Erziehungsberechtigten

Ich bin / wir sind als Sorgeberechtigte/r damit einverstanden, dass mein Sohn / meine Tochter

Name: \_\_\_\_\_ geb. am \_\_\_\_\_

wohnhaft in \_\_\_\_\_

im Rahmen der psychotherapeutischen Sprechstunde vorstellig wird

oder / und

mit einer psychotherapeutischen, ambulanten Behandlung in der Psychotherapeutischen Gemeinschaftspraxis für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene – Dr. El-Kordi & Monika Albert – beginnt.

Unterschrift aller Erziehungsberechtigten:

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Mutter

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Vater

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Sonstige

Ich habe das alleinige Sorgerecht für meinen Sohn / meine Tochter

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift