



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 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