

Behandlungseinverständnis der Erziehungsberechtigten

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

zur Diagnostik, Beratung und gegebenenfalls Behandlung in der Ambulanz für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie vorgestellt wird.

Unterschriften **aller** Erziehungsberechtigten:

.....
Datum Mutter

.....
Datum Vater

.....
Datum Sonstige

Ich habe das **alleinige** Sorgerecht für meinen Sohn/meine Tochter

.....
Datum Erziehungsberechtigte/r