

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG ZUR PSYCHOTHERAPIE

Patientendaten und Daten des Sorgeberechtigten

Name, Geburtsdatum und
Anschrift des Patienten:

Name und Anschrift
des Sorgeberechtigten:

Als Sorgeberechtigter erkläre ich mich damit einverstanden, dass o. a.
Patient durch die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen
Maria Kadambat bzw. Bernadette Schmidt diagnostisch untersucht wird
und psychotherapeutische Sitzungen erhält.

Ort, Datum

Unterschrift des Sorgeberechtigten