

Praxis für Kinder- und Jugendlichen Psychotherapie
Götz Schwope
Am Stadtpark 14 31655 Stadthagen Tel.: 05721/ 92 92 68

Behandlungszustimmung

Patientenname:

Sorgeberechtigt:

Beide Eltern (gemeinsam) Name Tel.:

Beide Eltern (getrennt lebend) Name.....Tel.:

Mutter alleinig: NameTel.:

Vater alleinig: Name.....Tel.:

Vormund: NameTel.:

Mir / uns ist bekannt, dass eine kinder- und jugendpsychotherapeutische Behandlung nur mit Einverständnis aller Sorgeberechtigten erfolgen kann. Der/ die Unterzeichner/in versichert hiermit, dass alle Sorgeberechtigten über die Behandlung in der Praxis von Götz Schwope informiert wurden und damit einverstanden sind.

.....

Datum, Unterschrift eines Sorgeberechtigten

.....

Datum, Unterschrift eines Sorgeberechtigten, bei getrennt lebenden Eltern mit gemeinsamen Sorgerecht