



## Einverständniserklärung zur psychotherapeutischen Diagnostik/ Behandlung

\_\_\_\_\_, geb. am \_\_\_\_\_,  
(Name des Kindes bzw. des/ der Jugendlichen)

wohnhaft in \_\_\_\_\_  
(Hauptwohnsitz)

Ich, \_\_\_\_\_  
(Vorname, Name)

- sorgeberechtigte Kindsmutter
- sorgeberechtigter Kindsvater  
(zutreffendes bitte ankreuzen)

geb. am \_\_\_\_\_, wohnhaft in \_\_\_\_\_  
(Hauptwohnsitz)

stimme einer Vorstellung meines Kindes zur Beratung, diagnostischen Abklärung sowie psychotherapeutischen Behandlung ausdrücklich zu.

Ich weiß, dass ich mich mit Frau Dorer und Frau Pinior unter den unten genannten Kontaktdaten in Verbindung setzen kann, um mich über die Diagnostik/Behandlung meines Kindes zu informieren.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Erziehungsberechtigte/r