Tobias Emrich
Kinder- und
Jugendlichen-
psychotherapeut

Hochheimer Straße 13
67549 Worms
tel. 06241 – 24446
fax. 06241 – 9741341
www.psychotherapie-emrich.de
praxis@psychotherapie-emrich.de

Behandlungseinverständnis der Sorgeberechtigten

Sehr geehrte Eltern/Erziehungsberechtigte,

um eine diagnostische Abklärung bzw. Behandlung Ihres Kindes beginnen zu können, wird in der Regel eine schriftliche Einverständniserklärung der Sorgeberechtigten benötigt.

Entsprechend erkläre ich mich / erklären wir uns mit einer kinder- und jugendlichenpsychotherapeutischen Diagnostik und Therapie für

Name des Patienten:
Geburtsdatum:

bei **Herrn Tobias Emrich (M.A.), Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut,**
Hochheimer Straße 13, 67549 Worms einverstanden.

Diese Erklärung kann jederzeit schriftlich für die Zukunft widerrufen werden.

Unterschriften aller Sorgeberechtigten (Zutreffendes bitte ausfüllen):

_____	_____
Datum	Mutter/ Adoptivmutter / Pflegemutter
_____	_____
Datum	Vater / Adoptivvater / Pflegevater
_____	_____
Datum	Amtsvormund / Betreuer

Bei alleinigem Sorgerecht:

Ich erkläre hiermit zusätzlich, dass ich das alleinige Sorgerecht für das oben genannte Kind besitze.

_____	_____
Datum	allein sorgeberechtigte Person