

Einverständniserklärung

Patientendaten und Daten der Sorgeberechtigten:

Name, Geburtsdatum und Anschrift
des Patienten / der Patientin:

.....

Name und Anschrift
aller Sorgeberechtigten:

.....

Die Eltern des Patienten /der Patientin sind

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> verheiratet | <input type="checkbox"/> Es besteht alleiniges Sorgerecht |
| <input type="checkbox"/> getrennt lebend / geschieden | <input type="checkbox"/> Es besteht gemeinsames Sorgerecht |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges: | <input type="checkbox"/> andere Regelungen: |

----- Zutreffendes ankreuzen und ggf. ausfüllen -----

Erklärung:

Als Sorgeberechtigte(r) erkläre ich mich damit einverstanden, dass o.a. Patient/-in die Sprechstunde der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin Debra Hahn, Volmestraße 2b, 58540 Meinerzhagen besucht.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift