

Einverständniserklärung

Ich habe das Sorgerecht für das Kind: _____, geboren am _____, und bin mit einer psychotherapeutischen Behandlung in der Psychotherapeutischen Praxis für Kinder und Jugendliche, Sylvia Hallmann, Friedrich-Ebert-Straße 103, 64390 Erzhausen einverstanden.

Ort, Datum

Ort, Datum

Unterschrift Kindesmutter

Unterschrift Kindesvater

Straße, Hausnummer,

Straße, Hausnummer,

Postleitzahl, Ort

Postleitzahl, Ort

Mobil-Telefonnr.

Mobil-Telefonnr.

Sylvia Hallmann, Praxis für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie
Mobil-Tel: 0176/ 56839952, E-Mail: psychotherapie-s.hallmann@proton.me