



Sehr geehrte Eltern, sehr geehrte Sorgeberechtigte,

Sie haben Ihr Kind zu einem ersten Termin in der psychotherapeutischen Praxis Schlick angemeldet.

Vor der Durchführung von Diagnostik und Therapie Ihres Kindes benötigen wie die Einverständniserklärung aller Sorgeberechtigten des angemeldeten Kindes.

Wenn Sie damit einverstanden sind, dass bei Ihrem Kind psychotherapeutische Diagnostik und Therapie in der Praxis Schlick durchgeführt werden, bitten wir Sie, dies in den unteren Feldern mit Ihrer Unterschrift zu bestätigen.

Der diagnostische und therapeutische Auftrag gilt dann bis auf Widerruf.

Erklärung zum Sorgerecht:

Das Sorgerecht für

(Vorname und Nachname des Kindes)

ist wie folgt verteilt:

___ Gemeinsames Sorgerecht beider Eltern

___ Alleiniges Sorgerecht ausgeübt durch

___ Sonstige:

Ort und Datum:

(Unterschrift der sorgeberechtigten Mutter)

(Unterschrift des sorgeberechtigten Vaters)

Unterschrift sonstiger Sorgeberechtigter

Unterschrift bei Jugendlichen ab 14 Jahren