

D E N N I S R A P P

P S Y C H O T H E R A P I E
C O A C H I N G

Einwilligungserklärung bei Minderjährigen (Psychotherapie)

Ihre Angaben fallen unter die Schweigepflicht
und werden streng vertraulich behandelt.

Datum:.....

Klient (Kind):

Name:.....

Straße:.....

PLZ/Ort:.....

Telefon: eMail:

Versichert gesetzlich privat bei Selbstzahler

geboren am: in

Erziehungsberechtigter 1 (Mutter):

Name:.....

Straße:.....

PLZ/Ort:.....

Telefon: eMail:

Verheiratet Geschieden Getrennt lebend Verwitwet seit

Erziehungsberechtigter 2 (Vater):

Name:.....

Straße : (falls abweichend)

PLZ/Ort:..... (falls abweichend)

Telefon: eMail: (falls abweichend)

Hiermit willigen wir ausdrücklich ein, dass unser Kind psychotherapeutisch behandelt wird.

Datum Unterschrift Mutter Unterschrift Vater