



Einverständniserklärung

Dieses Einverständnis benötige ich aus rechtlichen Gründen für den Fall, dass eine/r der Sorgeberechtigten zum Erstgespräch oder zur weiterführenden Behandlung nicht anwesend sein kann. Ich wünsche mir eine enge Zusammenarbeit mit Ihnen als Sorgeberechtigten, freue mich über ihre Teilnahme an den psychotherapeutischen Behandlungsterminen und bin gern bereit, Ihnen als Sorgeberechtigten angemessene Auskunft über Diagnostik und Therapie zu erteilen.

Hiermit erkläre ich mich als Sorgeberechtigte/r einverstanden mit der ambulanten psychotherapeutischen

0 Diagnostik

0 Behandlung

meines Kindes _____ geb. am _____

in der Privatpraxis J. Pacho für verhaltenstherapeutische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, Beratung und Coaching.

Ort, Datum

Unterschriften aller Sorgeberechtigten

Anschrift der Sorgeberechtigten
(falls abweichende Anschrift)

