

BEHANDLUNG SZUSTIMMUNG

Name des Patienten/ der Patientin:

Sorgeberechtigte:

- Beide Eltern (gemeinsamer Haushalt)

Name 1:

Telefonnummer:

Name 2:

Telefonnummer:

- Beide Eltern (getrennt lebend)

Name 1:

Telefonnummer:

Name 2:

Telefonnummer:

- Mutter (alleinig):

Telefonnummer:

- Vater (alleinig):

Telefonnummer:

- Vormund:

Telefonnummer:

Ich bin damit einverstanden, dass mein Kind/mein Mündel _____,

geb. am _____ in der Psychotherapeutischen Praxis von Frau Dipl.-

Psych. Kristine Wiesler, zur Diagnostik vorgestellt und ggf. eine Psychotherapie eingeleitet

wird.

Ort und Datum

Unterschriften **aller** Sorgeberechtigten