



Dipl. BP Stephanie Peter
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin

Klostergässchen 1
01796 Pirna

Tel: 03501 / 5091215

Fax: 03501 / 5091216

Mail: kjp-praxis-peter@gmx.de

Einverständniserklärung der Sorgeberechtigten

Name des Kindes:

.....geb. am.....

Das Sorgerecht für das oben genannte Kind hat/haben:

Beide Eltern

die Mutter

der Vater

Vormundschaft

Sie wünschen die Vorstellung oder Behandlung Ihres Kindes in der Praxis für Kinder- und Jugendpsychotherapie von Dipl. Berufspäd. Stephanie Peter. Um Ihrem Anliegen entsprechen zu können, benötigen wir die schriftliche Einwilligung aller Sorgeberechtigten, das heißt in der Regel beider Eltern oder des Vormundes. Dies ist auch dann nötig, wenn beide Elternteile nicht mehr zusammenleben, jedoch das Sorgerecht gemeinsam ausüben.

Ich / Wir stimmen mit der Diagnostik und Behandlung des o. g. Kindes in der Praxis für Kinder- und Jugendpsychotherapie von Stephanie Peter ausdrücklich zu.

.....
Datum/Unterschrift Sorgeberechtigte

.....
Datum/Unterschrift Sorgeberechtigte
