



Isabell Beck
Kinder- & Jugendlichen-
psychotherapeutin (VT)

Praxis für Kinder- & Jugendlichenpsychotherapie

Behandlungseinverständniserklärung

Ich bin/Wir sind als Sorgeberechtigte/r damit einverstanden, dass mein/unser Kind

(Name der Patient*in)

zur Beratung und gegebenenfalls therapeutischen Behandlung in der Praxis für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie - Isabell Beck vorgestellt wird.

Ich bin/ Wir sind damit ☐ **einverstanden** ☐ **nicht einverstanden**, dass im Rahmen der Psychotherapie aus therapeutischen Gründen mein Kind mit Frau Beck die Praxis für den Zeitraum der Psychotherapie verlassen darf.

Unterschrift **aller** Erziehungsberechtigten:

Datum

Mutter

Datum

Vater

Datum

Sonstige

Ich habe das **alleinige** Sorgerecht für meine Tochter/meinen Sohn.

Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r