

## Einverständniserklärung für Sorgeberechtigte

Hiermit erkläre ich mich mit der psychotherapeutischen Behandlung von

\_\_\_\_\_, geboren am \_\_\_\_\_,  
*Vor- und Nachname des Patienten* *Geburtsdatum des Patienten*

in der Kinder- und jugendlichenpsychotherapeutischen Praxis Carolin Severin,  
Kölner Str. 114, 42897 Remscheid, einverstanden.

\_\_\_\_\_  
*Vor- und Nachname des Sorgeberechtigten*

\_\_\_\_\_  
*Adresse des Sorgeberechtigten (Strasse, PLZ, Ort)*

\_\_\_\_\_  
*Telefonnummer des Sorgeberechtigten*

Dieses Einverständnis kann ich jederzeit schriftlich widerrufen.

\_\_\_\_\_  
*Ort*

\_\_\_\_\_  
*Datum*

\_\_\_\_\_  
*Unterschrift Sorgeberechtigter*