



Behandlungseinverständnis der Erziehungsberechtigten

Ich bin/ wir sind als Sorgeberechtigte/r damit einverstanden, dass meine/ unsere Tochter/
mein/ unser Sohn

Name, Vorname: _____

geboren am: _____

wohnhaft in: _____

zur Diagnostik, Beratung und gegebenenfalls Behandlung in der Praxis für Kinder- und
Jugendlichenpsychotherapie von Nadine Wenke vorgestellt/ psychotherapeutisch behandelt
wird.

Unterschrift aller Erziehungsberechtigten bei gemeinsamen Sorgerecht:

Ort, Datum

Sorgeberechtigte/r

Ort, Datum

Sorgeberechtigte/r

Ich habe das alleinige Sorgerecht für meine Tochter/ meinen Sohn

Ort, Datum

Sorgeberechtigte/r

Diese Einwilligung kann jederzeit schriftlich für die Zukunft zurückgenommen werden.