



Dipl.-Soz.-Päd.
Kinder- und
Jugendlichenpsychotherapeutin

Christina Wehleit
Hindenburgstr. 74
27442 Gnarrenburg

04763- 9378083
info@praxis-wehleit.de

Einverständniserklärung

Ihr Kind ist von der Mutter / dem Vater zu einer psychotherapeutischen Behandlung in unserer Praxis angemeldet worden.
Zur Durchführung der Psychotherapie benötigen wir Ihr Einverständnis.
Bitte geben Sie uns dieses Blatt umgehend ausgefüllt zurück.

Für Rückfragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass mein Sohn / meine Tochter

(Name, Vorname)

(Geburtsdatum)

in der Praxis für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie behandelt wird.

Ort, Datum

Unterschrift Sorgeberechtigter