Svenja Asmussen
Kinder und Jugend Psychotherapie
Musiktherapie

Behandlungseinverständnis der Sorgeberechtigten

Ich bin/wir sind als Sorgeberechtigte:r damit einverstanden, dass unser Kind

Name _____

Anschrift _____

Geburtsdatum _____

Geburtsort _____

zur Diagnostik, Beratung und gegebenenfalls Behandlung bei Frau Asmussen vorgestellt wird.

Unterschrift aller Sorgeberechtigten

_____ _____
Datum Sorgeberechtigte:r

_____ _____
Datum Sorgeberechtigte:r

_____ _____
Datum Sonstige

Ich habe das alleinige Sorgerecht für mein Kind

_____ _____
Datum Sorgeberechtigte:r