



Behandlungseinverständnis der Erziehungsberechtigten

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

.....

zur Diagnostik, Beratung und gegebenenfalls Behandlung bei Frau Lydia Adrians,
Kinder und Jugendlichenpsychotherapeutin vorgestellt wird.

Unterschrift **aller** Erziehungsberechtigten:

.....
Datum

.....
Mutter

.....
Datum

.....
Vater

.....
Datum

.....
Sonstige

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

.....
Datum

.....
Erziehungsberechtigte/r