



## 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