

Psychotherapeutische Praxis für Kinder und Jugendliche

Sirko Waak M.A.
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut
Wachauer Straße 7, 04416 Markkleeberg
Tel.: 0341 3541150
E-Mail: psychotherapie@waak.de

Einverständniserklärung bei getrenntlebenden Sorgeberechtigten

Liebe Eltern,

damit Ihr Kind in der Psychotherapeutischen Praxis Sirko Waak behandelt werden kann, wird die Zustimmung aller Sorgeberechtigten benötigt. Dafür möchte ich Sie bitten, diese Einverständniserklärung zu unterschreiben.

Das Sorgerecht liegt alleinig bei Mutter Vater _____

Das Sorgerecht liegt gemeinsam bei Mutter Vater _____

Beziehungsstatuts der leiblichen Eltern verheiratet geschieden
 nie verheiratet gewesen zusammenlebend
 getrenntlebend
 Sonstiges _____

Hiermit erkläre ich mich/wir uns,

Herr/Frau _____, geb. am _____

und

Herr/Frau _____, geb. am _____

damit einverstanden, dass mein/unser Sohn bzw. meine/unsere Tochter

_____, geb. am _____

eine Diagnostik / Behandlung in der Psychotherapeutischen Praxis Sirko Waak gemäß den Psychotherapie-Richtlinien des gemeinsamen Bundesausschusses erhält.

Ort/Datum

Unterschrift Sorgeberechtigte Mutter

Unterschrift Sorgeberechtigter Vater

Unterschrift Sorgeberechtigte/r

Bitte bringen Sie dieses Formular ausgefüllt zur 1. Sprechstunde mit.