Praxis für Kinder- und Jugendpsychotherapie am Rheingoldplatz

Dipl.-Psych. Christina Zeljko-Sebalj Kinder- und Jugendlichen- Psychotherapeutin, Systemische Familientherapeutin



Einverständniserklärung

der sorgeberechtigten Elternteile bzw. des sorgeberechtigten Elternteils

Hiermit erkläre ich mich mit der Diagnostik und Behandlung meines Sohnes / meiner Tochter	
Name des Kindes:	Vorname:
geb.:	
in der Praxis für Kinder- und Jugendpsychotherapie am Rheingoldplatz einverstanden.	
Name, Vorname	
des /der Sorgeberechtigten:	
Anschrift:	
Telefonische Erreichbarkeit:	
Datum	Unterschrift des/der Sorgeberechtigten
Name, Vorname	
des /der Sorgeberechtigten:	·
Anschrift:	
Telefonische Erreichbarkeit:	
Datum	Unterschrift des/der Sorgeberechtigten