

Einverständniserklärung des getrennt lebenden sorgeberechtigten Elternteils

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass mein Sohn/meine Tochter

Name, Vorname des Kindes:

Geb. am:

In der Praxis Sartorius zu einer Diagnostik vorgestellt und bei Indikation eine anschließende antragspflichtige ambulante psychotherapeutische Behandlung durchgeführt wird. Ich bin darüber informiert, dass ich jederzeit die Möglichkeit habe, an einem Aufklärungsgespräch oder über den Therapieverlauf informiert zu werden und

möchte diese Möglichkeit derzeit nicht in Anspruch nehmen.

habe einen Termin am in Anspruch genommen.

nehme zur Terminvereinbarung mit Ihnen Kontakt auf.

Ich habe ebenfalls zur Kenntnis genommen, dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit schriftlich widerrufen kann.

Name, Vorname:

Anschrift:

.....

Telefonische Erreichbarkeit

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Sorgeberechtigter