



Sandra Könn
Kinder- und Jugendlichen-
psychotherapeutin

Behandlungseinverständnis der Erziehungsberechtigten

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

Name _____

Anschrift _____

Geburtsdatum _____

Geburtsort _____

Zur Diagnostik, Beratung und gegebenenfalls Behandlung in der Praxis Könn vorgestellt wird.

Unterschrift **aller** Erziehungsberechtigter

Datum _____ Mutter

Datum _____ Vater

Datum _____ Sonstige

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

Datum _____ Sorgeberechtigter