



Behandlungseinverständnis der Erziehungsberechtigten

Wir sind/ ich bin als Sorgeberechtigte/r damit einverstanden, dass unsere/meine Tochter/
unser/mein Sohn

zur Diagnostik, Beratung und gegebenenfalls psychotherapeutischen Behandlung in der Praxis
Brandt . Zehendner vorgestellt wird.

Unterschriften *aller* Erziehungsberechtigten:

Datum	Mutter
-------	--------

Datum	Vater
-------	-------

Datum	Sonstige
-------	----------

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

Datum	Erziehungsberechtigte/r
-------	-------------------------