



Bestätigung zum Sorgerecht

Hiermit bestätigen wir, die sorgeberechtigten Eltern von _____
(Name des Kindes/Jugendlichen)

unsere Einwilligung darüber, dass die psychotherapeutische Sprechstunde/ Diagnostik und/oder Behandlung von Dipl.-Psych. Lyubov König, Kinder- und Jugendlichen-psychotherapeutin, durchgeführt wird.

Erziehungsberechtigte/r 1: _____

Adresse: _____

Telefonnr.: _____

Erziehungsberechtigte/r 2: _____

Adresse: _____

Telefonnr.: _____

Wir sind: zusammenlebend getrennt lebend geschieden anderes

Erziehungsberechtigte/r 1 : _____

Datum/ Unterschrift

Erziehungsberechtigte/r 2 : _____

Datum/ Unterschrift

Alleiniges Sorgerecht: _____

Datum/ Unterschrift

Erscheint aufgrund von persönlichen, organisatorischen oder anderweitigen Gründen lediglich ein Sorgeberechtigter persönlich in der Praxis, so willigt der nicht-erscheinende Sorgeberechtigte gleichsam in die Behandlung sowie deren Grundlagen gemäß dem Behandlungsvertrag mit ein.