



## Einverständniserklärung nicht anwesender Sorgeberechtigter

Als Sorgeberechtigte:r / gesetzliche Vertretung des Kindes/Jugendlichen

\_\_\_\_\_, geb. am \_\_\_\_\_  
(Name des Kindes)

stimme ich der Vorstellung und Behandlung meines Kindes in der Praxis für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie Ankerplatz zu.

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname       Vater       Mutter       Vormund       Betreuer:in

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_  
Ort                                  Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift