

Iris Soppa-Fischer

Supervisorin

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin (VT)

Emil-Voltz-Straße 35a
64291 Darmstadt / Arheilgen
Telefon: 06151 7896608
Telefax: 06151 7895304

E-Mail: soppa-fischer@vt-praxis-da.de
Internet: www.vt-praxis-da.de

Einverständniserklärung

Zu Beginn einer ambulanten Therapie oder bei Inanspruchnahme einer Sprechstunde, wird die Zustimmung der Patienten oder des/der Sorgeberechtigten benötigt. Daher möchten wir Sie bitten, diese Einverständniserklärung unterschrieben zum nächsten Termin mitzubringen.

Zutreffendes bitte ankreuzen:

Das Sorgerecht liegt **alleinig** bei Mutter Vater _____

Das Sorgerecht liegt **gemeinsam** bei Mutter Vater _____

Beziehungsstatus der Eltern:

<input type="checkbox"/> verheiratet	<input type="checkbox"/> zusammen lebend
<input type="checkbox"/> verheiratet	<input type="checkbox"/> getrennt lebend
<input type="checkbox"/> geschieden	
<input type="checkbox"/> nie verheiratet gewesen	<input type="checkbox"/> zusammen lebend
<input type="checkbox"/> nie verheiratet gewesen	<input type="checkbox"/> getrennt lebend
<input type="checkbox"/> sonstiges: _____	

Hiermit erkläre ich mich/erklären wir uns,

Herr/Frau _____, geb. am _____ und

Herr/Frau _____, geb. am _____

einverstanden, dass ich/ mein/unser Sohn bzw. meine/unsere Tochter

_____ geb. am _____, in der

psychotherapeutischen Praxis für Kinder und Jugendliche von Iris Soppa-Fischer vorgestellt/
behandelt wird.

Darmstadt, den:

Unterschrift sorgeberechtigte Mutter

Unterschrift sorgeberechtigter Vater

Unterschrift Sorgeberechtigte