



Einverständnis des nicht anwesenden Elternteils bei gemeinsamen Sorgerecht

.....

Name des Kindes

.....

Geburtsdatum

Ich,

Vorname und Name

Sorgeberechtigte Kindsmutter

Sorgeberechtigter Kindsvater

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

wohnhaft in:

.....

Telefonnummer:

stimme einer Vorstellung zur Beratung und diagnostischen Abklärung (Sprechstunde, Probatorik)

stimme einer Psychotherapie für meinen Sohn/ für meine Tochter

(Bitte nicht Zutreffendes streichen.)

in der Praxis für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie Dr. phil. Kirsten Iden ausdrücklich zu.

.....

Datum, Ort

Unterschrift