



– PSYCHOTHERAPEUTISCHE PRAXIS FÜR KINDER UND JUGENDLICHE –

MARTIN EPKES

Einverständnis bei gemeinsamem Sorgerecht

Vor- und Nachname Patientin/Patient:

Geburtsdatum:

Hauptwohnsitz:

Ich,

.....
(Vor- und Zuname Sorgeberechtigte Person)

geboren am:

wohnhaft in:

.....
(Hauptwohnsitz)

stimme als

sorgeberechtigte Mutter

sorgeberechtigter Vater

sorgeberechtigte Person

einer Vorstellung zur Beratung und diagnostischen Abklärung

einer Psychotherapie

für meinen Sohn / meine Tochter in der Psychotherapeutischen Praxis für Kinder und Jugendliche – Martin Epkes ausdrücklich zu.

Dieses Einverständnis gilt ab dem Erstellungsdatum und gilt bis auf Widerruf, der jederzeit möglich ist.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift