

Praxis Lüneburg
Kleine Bäckerstr. 1
21335 Lüneburg

Privatpraxis Hamburg
Am Klingenberg 34
22587 Hamburg

0176 – 907 12 353
info@praxis-korth-bolinski.de

Einverständniserklärung der Sorgeberechtigten bezüglich des Kindes bzw. der/des Jugendlichen

Vorname: _____

Nachname: _____

Adresse: _____

Hiermit bestätige ich,

Name: _____

- Beziehung zum oben genannten Kind/Jugendlichen:
- Mutter
- Vater
- andere Beziehung: _____

dass ich für das oben genannte Kind/Jugendlichen das alleinige Sorgerecht habe.

dass der sorgeberechtigte andere Elternteil bzw. alle anderen sorgeberechtigten

Personen (Name/n: _____)

mit der psychotherapeutischen Behandlung durch Frau Susanne Korth-Bolinski einverstanden ist/sind.

Ort, Datum: _____

Unterschrift/en: _____