

Einverständniserklärung

Hiermit erkläre ich mich als Erziehungsberechtigte /Erziehungsberechtigter des Kindes

Vorname	Name	Geburtsdatum
---------	------	--------------

mit einer psychotherapeutischen Behandlung für meiner Tochter/ meinen Sohn

einverstanden,

in der psychotherapeutischen Praxis von

Dipl. Päd. Melanie Conrad - Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin.

Einverstanden

Nicht einverstanden

Sollten Sie als Mitsorgeberechtigte/r nicht einverstanden sein - wird die Beantragung einer Kostenübernahme bei der Krankenkasse und der Therapieplatz nicht erfolgen. Die vergabe des Therapieplatz erfolgt direkt an den/ die Nächste/n Patienten auf der Warteliste.

_____, den _____

Ort	Datum	Unterschrift
-----	-------	--------------