

## **Einverständnis des nicht anwesenden Elternteils bei gemeinsamem Sorgerecht**

Name des Kindes: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Ich, \_\_\_\_\_

☐ sorgeberechtigte Kindsmutter

☐ sorgeberechtigter Kindsvater

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

wohnhaft in: \_\_\_\_\_

☐ stimme einer Vorstellung zur Beratung und diagnostischen Abklärung

☐ stimme einer Psychotherapie für meine Tochter /meinen Sohn

in der Psychotherapeutischen Praxis von Frau Dipl.-Psych. Anne Schubert, Hörner Str. 1 in 26215 Wiefelstede, ausdrücklich zu.

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift