Dipl.-Psych. Anne Schubert

Praxis für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie Hörner Str. 1 . 26215 Wiefelstede . Telefon 04402-6969498 . Fax 04402-6969497

Einverständnis des nicht anwesenden Elternteils bei gemeinsamem Sorgerecht

| Name des Kindes: | Geburtsdatum: |
|--|---|
| lch, | O sorgeberechtigte Kindsmutter |
| | O sorgeberechtigter Kindsvater (Zutreffendes bitte ankreuzen) |
| wohnhaft in: | |
| O stimme einer Vorstellung zur Beratung und | l diagnostischen Abklärung |
| O stimme einer Psychotherapie für meine Too | chter /meinen Sohn |
| in der Psychotherapeutischen Praxis von Frau Wiefelstede, ausdrücklich zu. | DiplPsych. Anne Schubert, Hörner Str. 1 in 26215 |
| | |
| | |
| Ort | Datum |
| | Unterschrift |