

Kathrin de Boer
Praxis für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie
Untere Königstrasse 28
96052 Bamberg
Tel.: 0951-51955931
Fax: 0951-51955932
email: info@praxis-deboer.de

Einverständniserklärung - getrennt lebende/r Sorgeberechtigte/r mit abweichender Anschrift

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass mein Sohn/meine Tochter

Name des Kindes: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

**in der Praxis für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie Kathrin de Boer in
Bamberg**

untersucht und behandelt wird.

Ort, Datum, Unterschrift Sorgeberechtigte/r

Name Sorgeberechtigte/r: _____

Anschrift: : _____

Telefon/E-Mail: _____