



Erklärung über die Zustimmung zur therapeutischen Behandlung des Kindes/Jugendlichen bei getrenntlebenden oder geschiedenen Eltern mit gemeinsamem Sorgerecht

Name des Kindes/Jugendlichen:

geboren am: _____

Name Sorgeberechtigter I: _____

Name Sorgeberechtigter II: _____

Hiermit erklären wir uns mit der therapeutischen Behandlung des o. g. Kindes/Jugendlichen durch Frau Barbara Eder oder deren Mitarbeiter/innen einverstanden.

Diese Erklärung ist gültig bis auf Widerruf.

Monheim, den _____

Unterschrift (1. Sorgeberechtigter)

Unterschrift (2. Sorgeberechtigter)