

Sabine Kaiser Psychotherapeutische Praxis für Kinder, Jugendliche und deren Eltern  
Tiefenpsychologin, Familien- und Paartherapeutin, Traumatherapeutin

Liebe Familie \_\_\_\_\_

Alle von Ihnen gemachten Angaben unterliegen der Schweigepflicht und sind freiwillig.  
Aus rechtlichen Gründen kann eine Behandlung Ihres Kindes nur mit schriftlicher Einwilligung  
der Sorgeberechtigten erfolgen.  
Bei geteiltem Sorgerecht ist somit die Unterschrift beider Sorgeberechtigten notwendig.

Ich bin alleine sorgeberechtigt und mit der Behandlung einverstanden

\_\_\_\_\_  
Datum, Name, Unterschrift

Wir sind beide sorgeberechtigt und mit der Behandlung einverstanden

1. Sorgeberechtigter:

\_\_\_\_\_  
Datum, Name, Unterschrift

2. Sorgeberechtigter:

\_\_\_\_\_  
Datum, Name, Unterschrift