

Einverständniserklärung zum Vorgespräch

Zustimmung zur Vorstellung Ihres Kindes bzw. Ihrer Kinder

Bitte legen Sie dieses Schreiben dem ausgefüllten Patientenbogen bei

(Vor-/Nachname) Mutter	_____	geb.	_____
(Vor-/Nachname) Vater	_____	geb.	_____
(Vor-/Nachname) Kind 1	_____	geb.	_____
(Vor-/Nachname) Kind 2	_____	geb.	_____
(Vor-/Nachname) Kind 3	_____	geb.	_____

Sorgeberechtigt ist/sind (bitte ankreuzen)

- beide Eltern
- nur Mutter
- nur Vater
- andere Person (bitte angeben)

Name _____
Geburtstag _____
Adresse _____
Telefon _____
E-Mail _____

Ich/wir wünschen eine Vorstellung im Familientherapeutischen Zentrum. Hierzu wird die Einwilligung BEIDER Elternteile bzw. ALLER Sorgeberechtigten benötigt. Dies betrifft nicht nur getrennt lebende Elternteile oder Sorgeberechtigte, sondern auch Eltern, die zusammenleben.

Mit unserer Unterschrift erklären wir uns mit einem kinder- und jugendpsychiatrischen Vorgespräch und ggf. einer Behandlung im FaTZ – Familientherapeutischen Zentrum Neckargemünd – einverstanden.

Ort, Datum, Unterschrift (**Mutter**)

Ort, Datum Unterschrift (**Vater**)

Ort, Datum, Unterschrift (**andere Sorgeberechtigte**)