

Einverständniserklärung

Name des Kindes: _____

Geboren am: _____

Namen der Eltern: _____

Ort: _____

Strasse: _____

Telefon/Email: _____

Grund des Besuchs:

Vorerkrankungen:

Medikamente:

Bisherige Therapien:

Hiermit erklären wir uns mit einer therapeutischen Sitzung unseres

Kindes _____ einverstanden.

Wir sind damit einverstanden, dass uns unbekannte Informationen, die unser Kind während der Behandlung preisgibt, nur an seinen /ihrem Einverständnis weitergegeben werden dürfen. Die AGBs habe ich zur Kenntnis genommen.

Datum

Unterschrift beider Erziehungsberechtigten