

## EINVERSTÄNDNIS - ERKLÄRUNG

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass mein Kind/mein Mündel

.....  
(Vor- und Nachname des Kindes)

.....  
(Geburtsdatum des Kindes)

bei Frau Dipl.-Psych. Florence Salla-Fahl, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin, behandelt werden darf.

.....  
(Datum, Unterschrift Sorgeberechtigte Mutter/Vormund)

.....  
(Datum, Unterschrift Sorgeberechtigter Vater/Vormund)

**Sorgeberechtigte Mutter / Vormund:** Name der Unterzeichnenden (Vorname, Name):

.....  
Anschrift der Unterzeichnenden (Straße, PLZ, Ort):

.....  
.....

Telefonnummer der Unterzeichnenden: .....

**Sorgeberechtigter Vater / Vormund:** Name des Unterzeichnenden (Vorname, Name):

.....  
Anschrift des Unterzeichnenden (Straße, PLZ, Ort):

.....  
.....

Telefonnummer des Unterzeichnenden: .....