

Einverständniserklärung

Ich habe das Sorgerecht für das Kind: _____,
geboren am _____, und bin mit einer psychotherapeutischen Behandlung
bei Fr. Diana Kreutz-Kielwein einverstanden.

Ort, Datum

Ort, Datum

Unterschrift Kindesmutter

Unterschrift Kindesvater

Name

Name

Straße, Hausnummer

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Postleitzahl, Ort

Telefon

Telefon

E-Mail-Adresse

E-Mail-Adresse