

---

Name, Vorname des Kindes/Jugendlicher/n

---

Name, Vorname aller Sorgeberechtigten

Hiermit bestätigen wir, dass bei unserem Kind/Jugendlicher/n

- ein gemeinsames Sorgerecht vorliegt.

Hiermit bestätige ich, dass ich bei meinem Kind/Jugendlicher/n

- alleine sorgeberechtigt bin.
- Es liegen andere Sorgerechtsregelungen (z.B. Vormundschaft, Sorgerecht oder Gesundheitsfürsorge wurde auf eine/n Sorgeberechtigten oder auf eine andere Person/Amt zeitweilig übertragen,...) vor. Bitte falls notwendig ergänzende Formulare beilegen.

Hiermit erklären wir uns mit der Vorstellung und Behandlung, des oben genannten Kindes/Jugendlicher/n in der Psychotherapiepraxis Judith Schuler, Remstalstraße 63, 71686 Remseck am Neckar, einverstanden. Dies beinhaltet auch Aktivitäten außerhalb der Praxisräumlichkeiten.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift aller Sorgeberechtigter