



## Einverständniserklärung/Behandlungszustimmung

Ihre Angaben sind durch meine Schweigepflicht und die DSGVO geschützt.

**Patient\*innenname:**

---

**Sorgeberechtigt:**

Beide Eltern gemeinsam, Namen und Telefon: \_\_\_\_\_

---

Beide Eltern, getrennt lebend, Namen und Telefonnummern: \_\_\_\_\_

---

Mutter alleinig, Name und Telefon: \_\_\_\_\_

Vater alleinig, Name und Telefon: \_\_\_\_\_

Vormund, Name und Telefon: \_\_\_\_\_

Mir/uns ist bekannt, dass eine therapeutische Behandlung nur mit Einverständnis aller Sorgeberechtigten erfolgen kann. Der/die UnterzeichnerIn versichert hiermit, dass alle Sorgeberechtigten über die Behandlung in der Therapeutischen Praxis Ameli Bode informiert wurden und damit einverstanden sind.

Ort, Datum, Unterschrift eines Sorgeberechtigten: \_\_\_\_\_

---

Bitte mailen Sie mir diese Seite zusammen mit dem *Anamnesebogen für Kinder* vor unserem ersten Gespräch ausgefüllt zu (Fotos), wenn Sie mit einer unverschlüsselten Übersendung einverstanden sind oder schicken Sie ihn mit der Post. Danke!