



Einverständniserklärung

.....
Nachname, Vorname des Erziehungsberechtigten

Geburtsdatum

Aktuelle Anschrift

.....

Telefon

Hiermit bin ich mit einer psychotherapeutischen Behandlung
meiner Tochter

meines Sohnes.....

in der Praxis für Psychotherapie, Bella Ott einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift