

**Einverständnis des nicht anwesenden Elternteils
beim gemeinsamen Sorgerecht**

Name:	Geburtsdatum:
Adresse:	

Ich, _____
Vor- Zuname

- ☐ sorgeberechtigte Kindsmutter
☐ sorgeberechtigter Kindsvater
(Zutreffendes bitte ankreuzen)

Wohnhaft in: _____

☐ stimme einer Vorstellung zur Beratung und diagnostischen Abklärung für meinen Sohn/ meine Tochter in der Psychotherapeutischen Praxisgemeinschaft von Frau Gine Mildenberger bzw. Frau Monika Reimann ausdrücklich zu.

☐ stimme einer Psychotherapie für meinen Sohn / meine Tochter in der Psychotherapeutischen Praxisgemeinschaft von Frau Gine Mildenberger bzw. Frau Monika Reimann ausdrücklich zu.

Ort, Datum

Unterschrift