



Heilpraktikerin für Psychotherapie  
Praxis für Kinder- & Jugendlichentherapie

Steinstraße 20 • 87719 Mindelheim  
Telefon 08245 / 967 62 98 • post@praxis-lisa-eder.de  
www.praxis-lisa-eder.de

## Behandlungszustimmung

Patientenname: .....

### Sorgeberechtigt:

Beide Eltern: .....Tel.:

Bei getrennt lebenden Eltern:

Mutter: .....Tel.:

Vater: .....Tel.:

Mir/uns ist bekannt, dass eine kinder- und jugendpsychotherapeutische Behandlung nur mit Einverständnis aller Sorgeberechtigten erfolgen kann. Der Unterzeichner versichert hiermit, dass alle Sorgeberechtigten über die Behandlung in der Praxis von Lisa Eder informiert wurden und damit einverstanden sind.

Bitte beachten Sie, dass vereinbarte Termine mind. 24 Stunden vor der Sitzung abgesagt werden müssen, da sie ansonsten voll in Rechnung gestellt werden.

.....

Datum, Unterschrift des gesetzlichen Vertreters (Mutter)

.....

Datum, Unterschrift des gesetzlichen Vertreters (Vater)