

**Einverständniserklärung der Sorgeberechtigten bezüglich des Kindes bzw. der/des Jugendlichen**

Vorname: \_\_\_\_\_

Nachname: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Hiermit bestätige ich,

Name: \_\_\_\_\_

Beziehung zum oben genannten  
Kind/Jugendlichen:

Mutter

Vater

andere Beziehung: \_\_\_\_\_

dass ich für das oben genannte Kind/Jugendlichen das alleinige Sorgerecht habe.

dass der sorgeberechtigte andere Elternteil bzw. alle anderen sorgeberechtigten

Personen (Name/n: \_\_\_\_\_ )

mit der psychotherapeutischen Behandlung durch Frau Susanne Korth-Bolinski einverstanden ist/sind.

Datum, Ort: \_\_\_\_\_

Unterschrift/en: \_\_\_\_\_