

## Erklärung des sorgeberechtigten Elternteils

Hiermit erkläre ich:

Mein Name:
Mein Vorname:
Straße:
Hausnummer:
PLZ:
Ort:
Telefonnummer:

mich mit der Aufnahme der ambulanten Behandlung meines Kindes:

Name des Kindes:
Vorname des Kindes:
Geburtsdatum des Kindes:

in der Psychotherapeutischen Praxis für Kinder und Jugendliche,  
Petra Ritter, Rimbachstraße 6 in 98527 Suhl - Telefon: 03681 / 8040952  
einverstanden.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift des sorgeberechtigten Elternteils