



Dr. med. P. Böttcher

Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie
und Psychotherapie

Behandlungsvereinbarung

Hiermit bestätige ich,

.....

Name in Klarschrift

als Sorgeberechtigter des Kindes

.....

Name, Geburtsdatum

dass ich während der Diagnostik und der Behandlung in der Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie Böttcher im Einverständnis mit dem anderen Elternteil handle, oder dass ich das alleinige Sorgerecht habe.

Ort, Datum

.....

Unterschrift

*Liegt nur die Unterschrift eines Elternteils vor, so versichert der/die Unterzeichnende, dass sie/er im Einverständnis mit dem anderen Elternteil handelt oder dass sie/er das alleinige Sorgerecht für das Kind hat.