

An
Praxis für Kinder- u. Jugendlichenpsychotherapie
Dipl.-Päd. Ines Kopp
Straße des Friedens 1

04720 Döbeln

Einverständniserklärung

Hiermit erkläre ich mich mit Erstgesprächen, Diagnostik und einer eventuell anschließenden Psychotherapie meiner Tochter / meines Sohnes

_____ geb. am: _____

in der Praxis von Frau Dipl.-Päd. Ines Kopp einverstanden.

Name:

Anschrift:

Telefon:

Ort / Datum

Unterschrift