

**Einverständniserklärung des nicht
anwesenden Elternteils mit der
Psychotherapeutischen Behandlung des
Kindes/ des Jugendlichen für die Kinder- und
Jugendlichenpsychotherapeutische Praxis
von Anke-Maria Hausmann**

Name des Kindes

Geburtsdatum des Kindes

Wohnhaft in

----- Ich, als nicht teilnehmender Elternteil, am Erstgespräch
meines Kindes mit der Kinder-und
Jugendlichenpsychotherapeutin Frau Hausmann, stimme der
psychotherapeutischen Behandlung meines Kindes zu.

Datum und Ort

Unterschrift