



NADINE SCHÄFER

Psychotherapie für Kinder, Jugendliche,
junge Erwachsene & Eltern

Einverständniserklärung

Hiermit erkläre ich mich als Sorgeberechtigte / Sorgeberechtigter des
minderjährigen Kindes

Vorname

Nachname

Geburtsdatum

mit einer psychotherapeutischen Behandlung für meinen Sohn / meine Tochter
in der Psychotherapeutischen Praxis Nadine Schäfer durch
_____ Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin,
einverstanden.

Ergänzend willige ich ein, dass die Praxis patientenbezogene Daten zu
Abrechnungszwecken an meine Krankenkasse und die Kassenärztliche
Vereinigung Nordrhein weiterleiten darf.

Ebenso dürfen meine Daten, sofern erforderlich, an den Steuerberater der
Praxis Schäfer weitergeleitet werden.

Ort

Datum

Unterschrift des Erziehungsberechtigten

Ort

Datum

Unterschrift des Erziehungsberechtigten