

Einverständniserklärung zur Psychotherapie

Simone Lüpertz
Praxis für Kinder- und
Jugendlichenpsychotherapie
Leo-Wenke-Str. 2a
41462 Neuss



fon. 02131 599204
fax. 02131 599205
www.praxis-luepertz.de
info@praxis-luepertz.de
LANR: 722576969
BSNR: 246975700

Patientendaten und Daten des Sorgeberechtigten:

Name, Geburtsdatum und
Anschrift des Patienten:

Name und Anschrift des Sorgeberechtigten:

Als Sorgeberechtigter erkläre ich mich damit einverstanden, dass o.a. Patient durch Simone Lüpertz – Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin diagnostisch untersucht wird und psychotherapeutische Sitzungen erhält.

Ort, Datum

Unterschrift des Sorgeberechtigten