

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



fon. 0 21 31 - 59 92 04
fax. 0 21 31 - 59 92 05
info@praxis-luepertz.de
www.praxis-luepertz.de
Steuernr. 122/5393/5079

Praxis Lüpertz
Dipl.Soz.Arb./Soz.Päd. Simone Lüpertz
Leo-Wenke-Straße 2a
41462 Neuss

Einverständniserklärung

Patientendaten und Daten des Vertragspartners:

Name, Geburtsdatum und
Anschrift des Patienten:

Name und Anschrift des unter-
schreibenden Sorgeberechtigten
bzw. des bevollmächtigten Vertreters
des Patienten:

Als Sorgeberechtigter bzw. bevollmächtigter Vertreter des Kindes/Jugendlichen erkläre ich mich
damit einverstanden, dass _____ durch
Frau Lüpertz diagnostisch untersucht wird und/oder psychotherapeutische Sitzungen erhält.

Ich habe die Praxisregeln gelesen und bin auch mit ihnen einverstanden.

_____, den _____
(Ort) (Datum)

(Unterschrift des Sorgeberechtigten
bzw. bevollmächtigten Vertreters)