



Praxis für Psychotherapie und Neuropsychologie

Dr. phil. Dipl.-Psych. Simone Goebel

Sophienblatt 19, 24103 Kiel

Telefon: 0431-58094190

E-Mail: praxis@therapie-goebel.de

Web: www.therapie-goebel.de

Liebe Eltern,

bei der Vorstellung von Kindern getrennt lebender Eltern mit gemeinsamem Sorgerecht bin ich verpflichtet, vom getrennt lebenden Elternteil eine schriftliche Einverständniserklärung für eine Diagnostik/Therapie in meiner Praxis zu erhalten.

Bitte bringen Sie daher die unterschriebene Einwilligungserklärung mit zu dem ersten gemeinsamen Termin mit Ihrer Tochter/Ihrem Sohn.

Mit freundlichen Grüßen,

Dr. phil. Dipl.-Psych. Simone Goebel

Psychologische Psychotherapeutin (Fachkunde Verhaltenstherapie)

Psychologische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin

Klinische Neuropsychologin (GNP)

Systemische und Familienberaterin (DGSF)

Einverständniserklärung für die Diagnostik/Therapie in der Praxis Dr. Goebel

Hiermit erkläre ich,

Name: geb. am:

Aktuelle Anschrift:

mich mit der Diagnostik/ Therapie meines Sohnes/ meiner Tochter

Name, Vorname.....

in der Praxis für Psychotherapie und Neuropsychologie Dr. Goebel einverstanden.

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit schriftlich oder mündlich mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

- Ich möchte einen separaten Termin haben, den ich persönlich vereinbare.
- Ich möchte ggf. erstellte Briefe/Befunde in Kopie erhalten.

Ort, Datum Unterschrift d. Erziehungsberechtigten