



Behandlungsvereinbarung

Hiermit bestätigen wir,

.....

Name, Vorname

.....

Name, Vorname

als Sorgeberechtigte des Kindes

.....

Name, Geburtsdatum

dass wir uns mit der Behandlung unseres Kindes an der Psychotherapeutischen
Institutsambulanz des Systemischen Instituts Tübingen einverstanden erklären.

Ort, Datum

.....

Unterschrift