



PRAXIS FÜR PSYCHOTHERAPIE

Michael Kurt  
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut

Stephanie Kurt  
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin

Kapellenstr. 8a  
D-63179 Obertshausen  
Tel: 06 104 9727 210  
Fax: 06 104 9728 299  
info@praxis-kurt.de  
www.praxis-kurt.de

## Einverständnis des nicht anwesenden Elternteils bei gemeinsamem Sorgerecht

\_\_\_\_\_  
Name des Kindes

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

Ich: \_\_\_\_\_  
Vor- und Zuname

sorgeberechtigte Mutter  
 sorgeberechtigter Vater

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

wohnhaft in: \_\_\_\_\_

stimme einer Vorstellung zur Beratung und diagnostischen Abklärung

stimme einer Psychotherapie für mein o.g. Kind

in der psychotherapeutischen Praxis von Herrn Dipl. Päd. Michael Kurt ausdrücklich zu.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift