

Dieses Dokument bitte ausschließlich im Original unterschrieben per Post an die angegebene Adresse versenden!

An:
Zentrum für Psychotherapie Köln
Aachener Straße 313
50931 Köln

Zentrum für Psychotherapie Köln

Ausbildungszentrum der
DGVT-AusbildungsAkademie für Kinder- und
Jugendlichenpsychotherapie

Aachener Straße 313
50931 Köln
Telefon: 0221 16839202
Fax: 0221 16837832
Mail: info@zpt-koeln.de

Erklärung über die Zustimmung zur psychotherapeutischen Sprechstunde für das Kind / den Jugendlichen

Leitung:
Lene Kaspar (M.Sc. Psychologie)
Manfred Wiesner (Dipl.-Psych.)

Name des Kindes/der/des Jugendlichen:

.....

Das Sorgerecht für o.g. Kind/o.g. Jugendliche/n liegt bei

- Kindsmutter
- Kindsvater
- Andere: _____

(Bitte zutreffende Regelung ankreuzen)

Sprechzeiten:

Montag - Freitag 12 -13 Uhr
sowie Dienstag und Donnerstag 15 - 16 Uhr
Tel. Anmeldung

Hiermit erkläre ich/erklären wir uns einverstanden, dass
mein/unser o.g. Kind an den psychotherapeutischen Sprech-
stunden im Zentrum für Psychotherapie Köln teilnimmt. Mit
meiner/unserer Unterschrift bestätige ich/bestätigen wir die
Aktualität der oben angegebenen Regelung zum Sorgerecht.

Bankverbindung:

Sparkasse Münsterland Ost
IBAN: DE71 4005 0150 0000 5948 46
BIC: WELADED1MST

....., den, den

.....
Unterschrift Kindsmutter/ Unterschrift Kindsvater/
Andere Andere