

Einverständniserklärung

Wir, _____,

als Sorgeberechtigte des Kindes _____,

erklären uns beide damit einverstanden, dass unser Kind von

Tanja Voß
Heilpraktikerin für Psychotherapie & zertifizierte Hypnosetherapeutin



Beselerplatz 6
22607 Hamburg

psychotherapeutisch behandelt wird.

Uns ist bewusst, dass Frau Voß der Schweigepflicht unterliegt und uns ausschließlich allgemeine Information aus den Therapieterminen zugänglich machen darf.

Ort, Datum (Mutter)

Ort, Datum (Vater)