

**Einverständniserklärung zur Behandlung  
minderjähriger Jugendlicher**

Hiermit geben wir unser gemeinsames Einverständnis, dass unser

Kind: \_\_\_\_\_ (Vor- und Nachname)

geb. am: \_\_\_\_\_

in o.g. Praxis von Herrn HP-Psych. Christoph Krüger behandelt wird und zwar zu folgenden Anliegen: \_\_\_\_\_

- Über die Kosten wurden wir aufgeklärt.
- Uns ist bekannt, dass das Honorar unabhängig etwaiger Erstattungen fällig ist.
- Organische Ursachen wurden ärztlich abgeklärt und ausgeschlossen.

Erziehungsberechtigte/r 1: \_\_\_\_\_

Erziehungsberechtigte/r 2: \_\_\_\_\_

**Bitte zum Ersttermin mitzubringen**

-----

Zur Kenntnis genommen: \_\_\_\_\_

Hagen, der \_\_\_\_\_