



Einverständniserklärung

Hiermit erkläre ich mich als Sorgeberechtigte / Sorgeberechtigter des minderjährigen Kindes

Vorname

Nachname

Geburtsdatum

mit einer psychotherapeutischen Behandlung für meinen Sohn / meine Tochter in der Psychotherapeutischen Praxis Yasemin Kepenek durch _____ Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin, einverstanden.

Ergänzend willige ich ein, dass die Praxis patientenbezogene Daten zu Abrechnungszwecken an meine Krankenkasse und die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein weiterleiten darf.

Ebenso dürfen meine Daten, sofern erforderlich, an den Steuerberater der Praxis Kepenek weitergeleitet werden.

Ort

Datum

Unterschrift des Erziehungsberechtigten

Ort

Datum

Unterschrift des Erziehungsberechtigten