



**PRAXIS SIMON MÜLLER M.A., M.Sc.**

Psychotherapie (HPG), Lerntherapie und Neurofeedback

## **Einverständniserklärung bei gemeinsamem Sorgerecht**

Sehr geehrte Eltern,  
für Kinder getrennt lebender Eltern mit gemeinsamem Sorgerecht benötigen wir auch vom getrennt lebenden Elternteil eine schriftliche Einverständniserklärung für die Durchführung testpsychologischer Untersuchungen und möglicher (Lern- und/ oder psychotherapeutischer) Interventionen.

Hiermit erkläre ich,

Name: \_\_\_\_\_

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

aktuelle Anschrift: \_\_\_\_\_

mich mit der Diagnostik/Therapie meines Sohnes / meiner Tochter

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

in der Praxis Simon Müller M.A., M.Sc. einverstanden.

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Ort, Datum, Unterschrift des Sorgeberechtigten:

---