

Einverständniserklärung

Hiermit erkläre ich mich mit Erstgesprächen, Diagnostik und einer eventuell anschließenden Psychotherapie meines Sohnes/meiner Tochter _____ in der Praxis Dr. phil. Volker Langhirt einverstanden.

Name: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

Ort/Datum

Unterschrift