

Erklärung (Patient*innen ab vollendetem 15. Lebensjahr)

Ich erkläre hiermit, dass ich mich von der Kinder- und Jugendpsychotherapeutin Nicole Höger M.A. zur Diagnostik und Therapie behandeln lassen möchte.

Mit der Information an meine Sorgeberechtigten über die Beantragung und Aufnahme einer Therapie bin ich ☐ einverstanden ☐ nicht einverstanden

Eine Pflegschaft oder Vormundschaft besteht nicht und ist auch nicht beantragt.

Ort, Datum

Unterschrift des/der Patient*in