



Therapievereinbarung

Zwischen

Name: **Vorname:**

Geburtsdatum:

Straße:

PLZ / Ort: **Mobil:**

E-Mail:

Gesetzliche/r Vertreter/in:

1. **Name:** **Vorname:**

Geburtsdatum:

Straße: **Tel.:**

PLZ / Ort: **Mobil:**

E-Mail:

2. **Name:** **Vorname:**

Geburtsdatum:

Straße: **Tel.:**

PLZ / Ort: **Mobil:**

E-Mail:

und

Frau Antje Hennemann-Muskulus

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin

Am Berge 10, 18273 Güstrow

Datum:

Unterschriften:

Kind / Jugendlicher:

Sorgeberechtigte : (1)..... / (2).....

Psychotherapeutin: