



Cristiane Bockelmann | Omptedastraße 12 | 30165 Hannover

cristiane bockelmann

Psychotherapie für Kinder und Jugendliche

## Behandlungszustimmung

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname, Geburtsdatum des Patienten

\_\_\_\_\_  
Anschrift des Patienten

\_\_\_\_\_  
Sorgeberechtigt sind:

\_\_\_\_\_  
Mutter (Name, Telefonnummer):

\_\_\_\_\_  
Vater (Name, Telefonnummer):

\_\_\_\_\_  
Patientin/Patient (Telefonnummer):

\_\_\_\_\_  
Sonstige wichtige Telefonnummern:

\_\_\_\_\_  
Mit/uns ist bekannt, dass eine kinder- und jugendpsychotherapeutische Behandlung nur mit Einverständnis aller Sorgeberechtigten erfolgen kann. Der/Die Unterzeichner/in versichert hiermit, dass alle Sorgeberechtigten über die Behandlung in der Praxis von Cristiane Bockelmann informiert wurden und damit einverstanden sind.

\_\_\_\_\_  
Datum und Unterschrift des Patienten bzw. der/des Sorgeberechtigten

\_\_\_\_\_  
Datum und Unterschrift des Patienten bzw. der/des Sorgeberechtigten

**Cristiane Bockelmann, M.A.**

Psychoanalytische und Tiefenpsychologisch  
fundierte Psychotherapie

LANR: 026846669  
BSNR: 09-71278-00

Tel: 0511/67955281  
mail@bockelmann-psychotherapie.de  
www.bockelmann-psychotherapie.de

Deutsche Apotheker- und Ärztebank  
IBAN DE78 3006 0601 0001 6763 69  
BIC DAAEDEDX

Mitglied:  
Psychotherapeutenkammer Niedersachsen

Vereinigung Analytischer Kinder- und  
Jugendlichenpsychotherapeuten