

ICH BIN EINVERSTANDEN MIT DER BERATUNG DURCH FRAU ANNA WIEST. ES IST MIR BEWUSST, DASS DIES KEINE MEDIZINISCH-AERZTLICHE ABKLÄRUNG UND THERAPIE IST. DIE BERATUNG ERSETZT KEINE AERZTLICHE BETREUUNG. FRAU ANNA WIEST HAT MICH AUSDRÜCKLICH DARAUF HINGEWIESEN.

NAME, VORNAME:

GEBURTSDATUM:

ADRESSE:

EMAIL:

TELEPHONNUMMER:

ORT, DATUM, UNTERSCHRIFT:

BEI MINDERJÄHRIGEN KLIENTEN:

NAME, VORNAME EINES ELTERNTEILS RESPEKTIVE DER RECHTLICH ZUSTÄNDIGEN PERSON:

UNTERSCHRIFT: