

Imke Ohlrogge

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin

Johannisstraße 3

26121 Oldenburg

Einwilligung zum Verlassen der Räumlichkeiten

Name, Vorname des Kindes

Geburtsdatum

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass mein Kind während der psychotherapeutischen Sitzungen zusammen mit Imke Ohlrogge die Räumlichkeiten der Psychotherapiepraxis verlässt.

Oldenburg, den _____

Unterschrift Sorgeberechtigte/r _____

Unterschrift Sorgeberechtigte/r _____