

**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 DARAUFG HINGEWIESEN.**

**NAME, VORNAME:**

**GEBURTSDATUM:**

**ADRESSE:**

**EMAIL:**

**TELEPHONNUMMER:**

**ORT, DATUM, UNTERSCHRIFT:**

**BEI MINDERJÄHRIGEN KLIENTEN:**

**NAME, VORNAME EINES ELTERNTEILS RESPEKTIVE DER RECHTLICH ZUSTÄNDIGEN PERSON:**

**UNTERSCHRIFT:**