



## Einverständnis Foto-/Sprach-/Filmaufnahmen während Therapie

Name Schüler/-in:

Vorname:

Therapie:

Therapeut/-in:

Die Eltern (Inhaberin oder Inhaber der elterlichen Sorge) bestätigen für die vereinbarte Therapie ihr Einverständnis:

- "Die Therapeutin/der Therapeut hat die Erlaubnis, Foto-, Sprach- und Videoaufnahmen zu machen. Diese sind wichtige Arbeitsmittel in der Therapie und können diese positiv beeinflussen. Die Aufnahmen werden ausschliesslich für die Therapie mit Ihrem Kind sowie für Diagnostik und Supervision verwendet. Sie werden nach Beendigung der Therapie vollständig gelöscht."

Datum:

Unterschrift der Eltern: