

תאריך: _____

לכבוד:

שם המטפל: _____

הסכמה לטיפול רגשי / פסיכולוגי / איבחון

הנני מסכים ומאשר שבני / ביתי _____ ת.ז. _____ יקבל שירותי
אבחון, טיפול ויעוץ, על ידי המטפל/ת: _____

שם _____

ת.ז. _____

חתימה _____