

Einverständniserklärung der Sorgeberechtigten zur Behandlung in unserer kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis

für

Name, Vorname des Kindes / Jugendlichen

Geburtsdatum

Hiermit erteile ich, _____, geb. am _____
Vor- und Zuname Vollmachtgeber/in

Hauptwohnsitz

____ der Mutter / ____ dem Vater unseres gemeinsamen Kindes

_____, geb. am _____
Vor- und Zuname Vollmachtnehmer/in

Hauptwohnsitz

die Vollmacht, die nachfolgend genannten Aufgaben des elterlichen Sorgerechts für unser gemeinsames Kind in alleiniger Verantwortung wahrzunehmen und alle erforderlichen Erklärungen auch in meinem Namen abzugeben. Die Vollmacht berechtigt dazu, alle relevanten Entscheidungen in Bezug auf die Beratung / die diagnostische Abklärung und ggf. eine anschließende Behandlung in der kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis Schajan zu treffen. Mir ist bekannt, dass diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft schriftlich widerrufen werden kann.

Datum

Unterschrift Vollmachtgeber/in