

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

Name des Kindes: _____ geb. am: _____

Hauptwohnsitz: _____

Ich habe das alleinige Sorgerecht.

Mutter Vater Andere:

Ort, Datum

Unterschrift

Oder

Wir haben das gemeinsame Sorgerecht

Vollmacht für Eltern mit gemeinsamen Sorgerecht

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

Hauptwohnsitz: _____

der Mutter / dem Vater unseres gemeinsamen Kindes

Vor- und Zuname _____ geb. am: _____
Vor- und Zunahme Vollmachtnehmer/in

Hauptwohnsitz: _____

die Vollmacht, die nachfolgend benannten 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. Die Vollmacht gilt ab dem Erstellungsdatum und gilt bis auf Widerruf, der jederzeit möglich ist.

Ort, Datum

Unterschrift