
Vollmacht für Eltern mit gemeinsamem/geteiltem Sorgerecht

Name des Kindes/Jugendlichen:

geboren am:

Hauptwohnsitz:

Hiermit erteile ich,

Vor- und Zuname Vollmachtgeber*in:

geboren am:

Hauptwohnsitz:

der Mutter / dem Vater / dem Vormund vom o.g. Kind/Jugendlichen

Vor- und Zuname Vollmachtnehmer*in:

geboren am:

Hauptwohnsitz:

die Vollmacht, die nachfolgend benannten Aufgaben des Sorgerechts 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 Sonnenschein von Dr. Basel Allozy zu treffen.

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

Ort,	Datum	Unterschrift
------	-------	--------------