



Praxis für verhaltenstherapeutische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie und lösungsorientierte Beratung

Dipl. Päd. Julia Pacho
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin
Eicktelgenweg 18, 44309 Dortmund Brackel

Telefon: 0231 98 53 16 56
www.psychotherapie-pacho.de

Vollmacht für Eltern mit gemeinsamem Sorgerecht

Name des Kindes: _____

geboren am: _____

Hauptwohnsitz: _____

Hiermit erteile ich, _____

(Vor -und Zuname Vollmachtgeber/in)

geboren am: _____

Hauptwohnsitz: _____

der Mutter/dem Vater unseres gemeinsamen Kindes

(Vor- und Zuname Vollmachtnehmer/in)

geboren am: _____

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 Psychotherapeutische Praxis von

_____ zu treffen.

(Name des/der Psychotherapeuten/in)

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

Ort, Datum

Unterschrift