



Vollmacht für Eltern mit gemeinsamen 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 Psychotherapeutischen Praxis von

Dipl.- Päd. Snezhana Lozhnitsyna

zu treffen.

Name des/r Psychotherapeuten/in

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

Ort _____

Datum _____

Unterschrift _____