



Vollmacht Behandlung

Ich stimme zu / Wir stimmen zu, dass

Herr / Frau _____ geb. am _____
(Vor- und Nachname)

Anschrift _____

die elterliche Sorge (Gesundheit)

für mein Kind _____ geb. am _____
(Vor- und Nachname)

für den Bereich der kinder- und jugendpsychiatrie, -psychotherapie, sowie der medikamentösen
Behandlung und den damit verbundenen Untersuchungen für die Zeit vom _____ bis
_____ übernimmt.

Diese Vollmacht kann jeder Zeit widerrufen werden.

Sorgeberechtigter

Name: _____
(Druckbuchstaben)

Datum, Unterschrift _____

Sorgeberechtigter

Name: _____
(Druckbuchstaben)

Datum, Unterschrift _____