

Praxis für Kinder- & Jugendlichen Psychotherapie

M.Sc. Psych. Isabella Flatten-Whitehead

Talhofstr. 12, 89518 Heidenheim an der Brenz

Telefon: 0151-40108156

Fax: 073212797882

E-Mail: info@kjp-flatten-whitehead.de

BSNR: 61742000



Praxis für Kinder- & Jugendlichenpsychotherapie
Isabella Flatten-Whitehead

Vollmacht für Eltern mit gemeinsamem Sorgerecht

Name des Kindes: _____

Geb. am _____

Hiermit erteile ich, _____

Vor- und Nachname 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 Isabella Flatten-Whitehead zu treffen.

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

Ort, Datum _____

Unterschrift