

Praxis für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

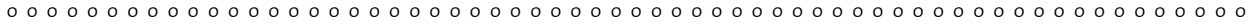
Olewiger Str.16, 54295 Trier · Tel. 0651 - 15 06 10 34

Yael Amanda Creutzfeldt

Diplom-Kunsttherapeutin

Approbierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin

LANR: 7837 976 69 · BSNR: 507100400



# 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 Yael Amanda Creutzfeldt zu treffen.

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

.....

Ort/Datum

.....

Unterschrift