

Einverständnis des nicht anwesenden Elternteils bei gemeinsamem Sorgerecht

Name des Kindes

Geburtsdatum des Kindes

Ich, _____
(Vor- und Zuname Sorgeberechtigte/r)

sorgerechtigter Kindsmutter
 sorgerechtigter Kindsvater
 sonstige/r Sorgeberechtigte/r
(Zutreffendes bitte ankreuzen)

wohnhaft in: _____

stimme einer Vorstellung zur Beratung und diagnostischen Abklärung

stimme einer Psychotherapie für meinen Sohn/ meine Tochter

in der Praxis für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie von Frau Silvia Beyl ausdrücklich zu.

Ort

Datum

Unterschrift

Vollmacht für Eltern mit gemeinsamem Sorgerecht

Name des **Kindes**: _____

geboren am: _____

Hauptwohnsitz des Kindes: _____

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 Frau Silvia Beyl zu treffen.

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

Ort

Datum

Unterschrift