

**Vollmacht zur
Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie
für die gemeinsam sorgeberechtigten Kindeseltern
(getrennt lebend, nicht verheiratet)**

Hiermit erlaube ich _____
Name der **sorgeberechtigten** Kindesmutter/Kindesvater

geb. am: _____ wohnhaft:

Wohnort, PLZ, Straße, Hausnr., Telefonnummer bzw. Mail-adresse

dass die notwendigen Unterschriften und Einwilligungen für die kinder- und
jugendpsychiatrische Behandlung unseres gemeinsamen Kindes

_____, geb. am: _____
Name des Kindes

Durch die/den sorgeberechtigte/n

Kindesmutter/Kindesvater _____ geb. am _____

erfolgen dürfen.

Dies beinhaltet die ambulante und stationäre Behandlung in der Kinder-
und Jugendpsychiatrie Wermsdorf einschließlich medizinischer und
psychologischer Untersuchung, Laboruntersuchungen, EEG, EKG und ggf.
MRT des Schädels, Medikation und COVID-Testungen.

Die Vollmacht gilt ab dem Datum der Unterschrift für längsten ein Jahr. Ich
kann diese Vollmacht jederzeit widerrufen.
Ein Exemplar aller notwendigen Unterlagen wird mir zeitnah nach
Behandlungsbeginn zugesandt.

Ort und Datum: _____ Unterschrift: _____