

**Vollmacht zur Vorlage bei der Arztpraxis „PSYCHONEUROLOGIE des LEBENSWEGENS“**

Hiermit bestätige ich, dass ich das geteilte Sorgerecht für meine

Tochter/Sohn: ..... (Name, Vorname, Geb.-datum) habe.

Ferner gebe ich hiermit mein Einverständnis, dass ich mit der Vorstellung meiner Tochter/Sohn in der o.g. Arztpraxis einverstanden bin. Mir ist bewusst, dass es sich hierbei um eine Vorstellung bei FachärztInnen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und- psychotherapie handelt.

Name, Vorname, Geb.-datum der/des Sorgeberechtigten: .....

Telefon:

Ort, Datum, Unterschrift