



SIMONE V. E. HARTMANN
Kinder- und Jugendpsychotherapeutin

Vollmacht für Eltern mit gemeinsamen Sorgerecht zur Vorstellung und Durchführung einer psychotherapeutischen Behandlung

Hiermit bevollmächtige/n ich/wir

(Name des/der ersten Sorgeberechtigten)

wohnhaft in

(Adresse, Telefon)

(Name des/der Sorgeberechtigten)

wohnhaft in

(Adresse, Telefon)

als Sorgeberechtigte/r des Kindes

(Name, Vorname)

(Geburtsdatum)

die kinder- und jugendpsychotherapeutische Behandlung meines o.g. Kindes in der Praxis für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie Hartmann in Bottrop. Die Vollmacht berechtigt dazu, notwendige Entscheidungen im Rahmen der Behandlung zu treffen. Sie kann schriftlich jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

(Ort, Datum)

.....
(Unterschrift des/r Sorgeberechtigten)

Simone V. E. Hartmann
Dipl. Soz. Wiss.
Psychotherapeutische Praxis für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene
Gladbecker Straße 27
46236 Bottrop

Tel.: 02041 9864904
Mobil: 01762 1917504
www.hartmann@ruhrkomet.de
Email: hartmann@ruhrkomet.de