

**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 Wernsdorf 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: \_\_\_\_\_

