



Sorgerecht

Sehr geehrte Eltern,

Ihr Kind,

soll in unserer sozialpsychiatrischen Praxis behandelt werden. Dafür benötigen wir das Einverständnis der sorgeberechtigten Eltern oder des Vormundes.

Hiermit erteile(n) ich/wir eine Vollmacht im Rahmen des Sorgerechts. Die Vollmacht berechtigt den Bevollmächtigten dazu, relevante Entscheidungen auch ohne meinen/unseren Einbezug zu treffen. Konkret werden Entscheidungsbefugnisse in folgenden Fällen erteilt:

Aufnahme einer ärztlichen Behandlung, insbesondere:

- Einwilligung in die Behandlungsvereinbarung, Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber Dritten, wie Ärzten, Schulen, Lehrern und Behörden.
- Weitere relevante Entscheidungen, die auf Anraten des behandelnden Therapeuten für den Erfolg der Behandlung nötig sind.
- Ausgenommen sind medikamentöse Behandlungen, für die im Bedarfsfall eine gesonderte Einverständniserklärung eingeholt wird.

Die Vollmacht ist ab sofort gültig und gilt bis auf Widerruf. Dieser ist durch mich/uns zu jedem Zeitpunkt fristlos und formlos möglich. Der Widerruf ist an die unten genannte Adresse zu richten.

Einverständnis des Vaters:

Datum	Name	Unterschrift
-------	------	--------------

Einverständnis der Mutter:

Datum	Name	Unterschrift
-------	------	--------------

Einverständnis des Vormundes:

Datum	Name	Unterschrift
-------	------	--------------