

## Vollmacht für Eltern mit gemeinsamem Sorgerecht

---

Name des Kindes

Geburtsdatum

---

Hauptwohnsitz

**Hiermit erteile ich,**

---

Vor- und Zuname Vollmachtgeber/in

geboren am:

---

Hauptwohnsitz

Der Mutter/dem Vater unseres gemeinsamen Kindes

---

Vor- und Zuname Vollmachtnehmer/in

geboren am:

---

Hauptwohnsitz

**die Vollmacht**, die nachfolgend benannten Aufgaben des elterlichen Sorgerechts für unser gemeinsames Kind in alleiniger Verantwortung wahrzunehmen und alle erforderlichen Erklärungen auch in meinem Namen abzugeben. Die Vollmacht berechtigt dazu, alle relevanten Entscheidungen in Bezug auf die Beratung / die diagnostische Abklärung und ggf. eine anschließende Behandlung in der Psychotherapeutischen Praxis von Herrn Tim Kiparski zu treffen.

Die Vollmacht gilt ab dem Erstellungsdatum und gilt bis auf Widerruf, der jederzeit möglich ist.

---

Ort, Datum

Unterschrift