

**Vollmacht für den Arztbesuch in der
Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Tara Dougherty**

Sorgeberechtigter: _____

(Name und Adresse)

Bevollmächtigter: _____

(Name und Adresse)

Für mein Kind _____ (Name und Geburtsdatum) erteile ich für oben genannten Bevollmächtigten eine Vollmacht. Die bevollmächtigte Person darf mein Kind zu den Terminen in der Praxis Tara Dougherty begleiten.

Die Vollmacht berechtigt dazu (*Unzutreffendes bitte streichen*):

- Entscheidungen zu notwendigen Untersuchungen zu treffen
- Über Behandlung und Medikation aufgeklärt zu werden
- Eine medikamentöse Behandlung zuzustimmen
- Rezepte abzuholen

Die Vollmacht ist bis auf Weiteres/bis zum _____ gültig.

Sie kann von mir jederzeit widerrufen werden und ist nur gültig, wenn sich die bevollmächtigte Person durch amtlichen Ausweis identifizieren kann.

(Ort und Datum)

Unterschrift Sorgeberechtigter