



**Stephan Jakob**  
Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie  
Lutherstr. 80a  
06110 Halle (Saale)

## Behandlungsvollmacht

---

Hiermit bevollmächtige/n ich/wir

---

(Name der sorgeberechtigten Kindesmutter)  
wohnhaft in

---

(Adresse, Telefon)

---

(Name des sorgeberechtigten Kindesvaters)  
wohnhaft in

---

(Adresse, Telefon)

als Sorgeberechtigte/r des Kindes

---

(Name, Vorname)

---

(Geburtsdatum)

Herrn/Frau/Vertreter der Betreuungseinrichtung:

---

---

(Adresse, Telefon der bevollmächtigten Person/Einrichtung)

die kinder- und jugendpsychiatrische und -psychotherapeutische Behandlung meines o.g. Kindes bei Herrn Stephan Jakob, Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Halle, zu veranlassen, sicherzustellen und notwendige Entscheidungen im Rahmen der Behandlung, einschließlich einer etwa notwendigen medikamentösen Behandlung (anderenfalls streichen) zu treffen. Diese Vollmacht kann schriftlich jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

---

(Ort, Datum)

---

(Unterschrift des/r Sorgeberechtigten)