

VOLLMACHT ZUM UNTERSCHREIBEN MINDERJÄHRIGER

Ab 7 Jahren darf Ihr Kind die Therapieeinheiten selbstständig auf der Heilmittelverordnung bestätigen und somit auch allein zur Therapie kommen. Falls Sie dieses Angebot wahrnehmen wollen, füllen Sie bitte folgende Vollmacht aus. Beachten Sie aber, dass wir eine Aufsichtspflicht vor und nach der Therapie nicht übernehmen können.

Mein Kind _____ (Name, Vorname), geb. am _____

- darf für die erhaltene therapeutische Leistung an meiner Stelle unterschreiben.
- darf selbstständig zur logopädischen Therapie kommen.
- darf selbstständig die Praxis verlassen.

Dies geschieht mit meiner ausdrücklichen Einwilligung für den gesamten Zeitraum der logopädischen Therapie bis zu meinem Widerruf. Obenstehende Information habe ich gelesen und zur Kenntnis genommen.

Ort, Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r