



M.SC.- PSYCH. STEPHAN POLOWINSKI  
KINDER- UND JUGENDLICHENPSYCHOTHERAPEUT

An der Waage 5

38527 Meine

Tel: 05304 / 7790103

---

## Vollmacht

Hiermit bevollmächtige ich \_\_\_\_\_  
Nachname, Vorname , Geburtsdatum

---

Anschrift

Frau / Herrn \_\_\_\_\_  
Nachname, Vorname , Geburtsdatum

---

Anschrift

meine Tochter / meinen Sohn \_\_\_\_\_  
Nachname, Vorname , Geburtsdatum

---

Anschrift

in oben aufgeführter Praxis psychotherapeutisch behandeln zu lassen.

---

Ort, Datum Unterschrift