



Datum, Unterschrift, Stempel

**Klinikum rechts der Isar
Anstalt des öffentlichen Rechts**

Institut für Humangenetik

Univ.-Prof. Dr. T. Meitinger
Direktor

Iris Weisenstein
Sekretariat

Trogerstr. 32
81675 München
E-Mail: sekretariat.ihg@mri.tum.de
Tel: +49 (0) 89 41 40 - 6381
Fax +49 (0) 89 41 40 - 6382
www.mri.tum.de

Bitte in Blockschrift ausfüllen und Zutreffendes unterstreichen!

Vollmacht für Eltern mit gemeinsamem Sorgerecht

Name, Vorname des Kindes geb. _____
Geburtsdatum

Hauptwohnsitz: _____

Hiermit bestätige ich, dass ich zusammen mit meinem/r hier genannten Partner/in das gemeinsame Sorgerecht für unser o. g. Kind innehab. Zudem erteile ich,

Name, Vorname **Vollmachtgeber/ in** geb. _____
Geburtsdatum

Hauptwohnsitz: _____

Tel-Nr.: _____

der Mutter/ dem Vater unseres gemeinsamen o. g. Kindes

Name, Vorname **Vollmachtnehmer/ in** geb. _____
Geburtsdatum

Hauptwohnsitz: _____

Tel-Nr.: _____

die Vollmacht, die nachfolgend benannten Aufgaben des elterlichen Sorgerechts für unser gemeinsames o.g. Kind in alleiniger Verantwortung wahrzunehmen und alle erforderlichen Erklärungen auch in meinem Namen abzugeben.

Diese Vollmacht erstreckt sich auf folgende Bereiche des elterlichen Sorgerechts:

Sämtliche Entscheidungen im Zusammenhang mit der genetischen Diagnostik und Beratung unseres Kindes. Hierbei insbesondere sämtliche Entscheidungen bezüglich eventueller körperlicher Untersuchungen, die Initiierung von genetischer Diagnostik (nach Aufklärung gemäß Gendiagnostikgesetz) und ggf. hierfür erforderliche Probenentnahmen für unser o.g. Kind.

Ort, Datum

Unterschrift Vollmachtgeber/-in

Ort, Datum

Unterschrift Vollmachtnehmer/-in