

Norbert L. Göring
Facharzt für Allgemeinmedizin
Kösener Strasse 8 06618 Naumburg
Telefon 03445 - 231831

Vollmacht für eine ärztliche Behandlung von Minderjährigen

Hiermit erlauben wir (Eltern) _____,

dass sich unser Kind _____

am (Behandlungstag) _____

allein oder in Begleitung von _____

in der Praxis vorstellt.

Folgenden durchzuführenden Untersuchungen und Behandlungen stimmen wir zu

- ☐ Impfungen
- ☐ Blutentnahmen
- ☐ klinische Untersuchung
- ☐ Mitgabe von Rezepten, Verordnungen oder Attesten

Datum

Unterschrift