

Vollmacht für den Arztbesuch mit minderjährigen Patienten

Vollmachtgeber (Name, Geburtsdatum und Adresse):

Bevollmächtigter (Name, Geburtsdatum und Adresse):

Für das Kind _____ (Name und Geburtsdatum) erteile/n ich/wir für oben genannten Bevollmächtigten eine Vollmacht.

Die bevollmächtigte Person darf mein Kind am _____ (Datum) / im Zeitraum von _____ bis _____ / ohne zeitliche Einschränkung zum Arzt begleiten.

Die Vollmacht berechtigt dazu:

- das Kind zum Beratungsgespräch zu begleiten
- Entscheidungen zu notwendigen Untersuchungen zu treffen
- Zustimmung zu notwendigen Operationen zu geben
- in den Abschluss von Verträgen einzuwilligen
- _____ (sonstige Befugnisse)

(unpassende Details bitte streichen)

Die Vollmacht ist gültig bis zum _____ / während der Zeit vom _____ bis _____ / ohne zeitliche Einschränkung. Sie kann von mir jederzeit widerrufen werden.

Vorzugsweise ist diese Vollmacht von beiden Erziehungsberechtigten auszufüllen und zu unterschreiben!
Ansonsten bestätigen Sie uns bitte, dass Sie...

- ☐ ...alleine erziehungsberechtigt sind
- ☐ ...das Einverständnis zu dieser Vollmacht von dem/der zweiten Erziehungsberechtigten erhalten haben

Unterschrift(en) Vollmachtgeber

Datum und Ort