

Vollmacht

zur Übertragung der Gesundheitsorge für eine ärztliche Behandlung von Minderjährigen

Wir, die Erziehungsberechtigten/Eltern _____
Vorname Name

von _____
Vorname Name , geb. (minderjähriges Kind)

bevollmächtigen hiermit _____
Vorname Name , geb. (bevollmächtigte Begleitperson)

am _____
Datum der Untersuchung / Behandlung

die Entscheidungen im Bereich der Gesundheitsorge für unser Kind zu treffen, insbesondere zur Begleitung zwecks Untersuchung und Behandlung in der Praxis Bieberau. Diese Vollmacht beinhaltet ausdrücklich auch, einer eventuell erforderlichen Impfung zustimmen zu dürfen.

Wir (Eltern) sind tel. erreichbar unter _____
Telefonnummer

Unser Kind hat folgende Allergien/Unverträglichkeiten (insbesondere von Medikamenten):

chronische Krankheiten: _____

nimmt zur Zeit folgende Medikamente (Dosierung, Häufigkeit): _____

Ort, Datum

Unterschrift Eltern

Unterschrift Bevollmächtigte(r)

WICHTIG! Bitte mitbringen:

- elektronische Gesundheitskarte des Kindes
- Impfausweis des Kindes
- Personalausweis o.ä. des/der Bevollmächtigten