

Vollmacht für den Arztbesuch / Krankenhaus

Vollmachtgeber (Name und Anschrift): _____

Bevollmächtigter (Name und Adresse): _____

Für das Kind (Name, Geburtsdatum, ggf. abweichende Anschrift des Vollmachtgebers):

erteile ich für oben genannten Bevollmächtigten eine Vollmacht. Die bevollmächtigte Person darf

mein Kind am / vom (Datum) _____

während der Reise nach _____

in dringenden Fällen zum Arzt / in das Krankenhaus begleiten.

Die Vollmacht berechtigt dazu:

- Entscheidungen zu notwendigen Untersuchungen zu treffen
- Impfungen bei Notwendigkeit zuzustimmen
- Zustimmung zu dringenden Operationen zu geben
- _____ (sonstige Befugnisse)

(unpassende Details streichen)

Die Vollmacht ist gültig bis zum _____ / während der Zeit vom _____ bis _____.

Sie kann von mir jederzeit widerrufen werden und ist nur gültig, wenn sich die bevollmächtigte Person durch amtlichen Ausweis identifizieren kann.

Weitere Informationen des Kindes

Krankenversicherung: _____

Letzte Tetanus-Impfung: _____

Allergien (wenn ja, welche): _____

Medizin (z.B. Unverträglichkeiten): _____

Anomalien: _____

Datum und Ort

Unterschrift Vollmachtgeber