

Vollmacht für einen Arztbesuch mit dem Kind

Ich _____ (vollständiger Name, Geburtsdatum) erteile als Erziehungsberechtigter für den nachfolgend bezeichneten Bevollmächtigten eine jederzeit widerrufbare Vollmacht am/vom _____ (Datum) unser Kind _____ (vollständiger Name, Geburtsdatum) zu einem Arzt zu begleiten.

Die Anschrift der Praxis lautet: _____.

Der Bevollmächtigte _____ (vollständiger Name, Geburtsdatum), wohnhaft in _____ (vollständige Anschrift) darf in dieser Zeit alle notwendigen Entscheidungen für Untersuchungen treffen, Zustimmungen für Operationen sowie zur Durchführung von Impfungen geben. Weiterhin darf er _____.

Die Vollmacht gilt ausschließlich für oben genanntes Datum / genannte Daten.

Unterschrift des Erziehungsberechtigten

(Ort, Datum)