

## 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)