

# Vollmacht

zur Übertragung der Gesundheitsorge für eine ärztliche Behandlung von Minderjährigen

Wir, die Sorgeberechtigten/Eltern \_\_\_\_\_  
Vorname Name

von \_\_\_\_\_  
Vorname Name , geb. (minderjähriges Kind)

## nur möglich für Jugendliche ab einem Alter von 12 Jahren:

erlauben unserem Kind sich alleine zur Untersuchung und Behandlung in der Praxis Bieberau vorzustellen. Eventuelle Rezepte, Verordnungen oder Atteste dürfen unserem Kind mitgegeben werden. Eventuell dringend erforderliche oder empfohlene Impfungen dürfen durchgeführt werden.

## möglich für alle Kinder unter 18 Jahren:

bevollmächtigen hiermit \_\_\_\_\_  
Vorname Name , geb. (bevollmächtigte Begleitperson)

die Entscheidungen im Bereich der Gesundheitsorge für unser Kind zu treffen, insbesondere zur Begleitung zwecks Untersuchung und Behandlung in der Praxis Bieberau. Eventuelle Rezepte, Verordnungen oder Atteste dürfen mitgegeben werden. Diese Vollmacht beinhaltet ausdrücklich auch, einer eventuell dringend erforderlichen oder empfohlenen Impfung zustimmen zu dürfen.

© 2015 Praxis Bieberau, Dr. Ralf Eröhllich

Datum der Untersuchung / Behandlung \_\_\_\_\_

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
- ggf. Personalausweis o.ä. des/der Bevollmächtigten