

Vollmacht für den Arztbesuch mit minderjährigen Patienten

Vollmachtgeber (Name, Geburtsdatum und Adresse):

Bevollmächtigter (Name, Geburtsdatum und Adresse):

Johannes Breitenstein (Landestrainerin Nachwuchs i.A.), 16.09.1994

Burgwall 8, 38444 Wolfsburg

Für das Kind _____ (Name und Geburtsdatum) erteile/n ich/wir für oben genannten Bevollmächtigten eine Vollmacht.

Die bevollmächtigte Person darf mein Kind am:

Samstag 17. August 2024

Sonntag 18. August 2024

im Zeitraum von _____ bis _____ / ohne zeitliche Einschränkung zum Arzt begleiten.

Die Vollmacht berechtigt dazu:

das Kind zum Beratungsgespräch zu begleiten

Entscheidungen zu notwendigen Untersuchungen zu treffen

Zustimmung zu notwendigen Operationen zu geben

in den Abschluss von Verträgen einzuwilligen

_____ (sonstige Befugnisse)

(unpassende Details bitte streichen)

Die Vollmacht kann von mir/uns jederzeit widerrufen werden.

Vorzugsweise ist diese Vollmacht von beiden Erziehungsberechtigten auszufüllen und zu unterschreiben!

Ansonsten bestätigen Sie uns bitte, dass Sie...

...alleine erziehungsberechtigt sind

...das Einverständnis zu dieser Vollmacht von dem/der zweiten Erziehungsberechtigten erhalten haben

Datum und Ort

Unterschrift(en) Vollmachtgeber