

Vollmacht für die Begleitung eines minderjährigen Kindes zum Arzt

Daten der Eltern/Sorgeberechtigten

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Adresse:

Daten der bevollmächtigten Person

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Adresse:

Daten des Kindes

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Adresse:

Hiermit bevollmächtige ich/bevollmächtigen wir, dass unser Kind von der oben aufgeführten Person/den oben aufgeführten Personen zum Arzttermin am _____ in der Kinder- und Jugendarztpraxis Dr. Luise Schilgen und Kolleginnen begleitet werden darf. Die bevollmächtigte Person/bevollmächtigen Personen darf/dürfen die für die Behandlung erforderlichen Informationen erhalten und alle für den Arztbesuch erforderlichen Angelegenheiten erledigen.

Datum, Unterschrift