

# Vollmacht

Die freundliche Art zu helfen

zur Übertragung der Gesundheitsfürsorge für eine ärztliche Behandlung von Minderjährigen

Ich / Wir, \_\_\_\_\_ ,  
(Name und Adresse, Tel.-Nummer)

bevollmächtigte(n) als sorgeberechtigte Person(en)

von \_\_\_\_\_ ,  
(Name, Geb.-Datum des Kindes)

Frau / Herrn \_\_\_\_\_ ,  
(Name und Adresse)

für unser Kind Entscheidungen im Bereich der Gesundheitsvorsorge zu treffen.  
Per Vollmacht berechtige(n) Ich / Wir:

Entscheidungen zu notwendigen Untersuchungen zu treffen.

Impfungen bei Notwendigkeit zuzustimmen.

Rezepte, Verordnungen und Atteste abzuholen.

**(Diese Möglichkeit besteht für alle Kinder unter 18 Jahren)**

Wir erlauben unserem Kind,

sich allein für Untersuchung und Behandlung vorzustellen.

Rezepte, Verordnungen und Atteste abzuholen.

Notwendige Impfungen dürfen durchgeführt werden.

**(Diese Möglichkeit besteht für Jugendliche ab 12 Jahren)**

Die Vollmacht gilt ausschließlich für die Behandlung

am \_\_\_\_\_ / ohne zeitliche Begrenzung

im Medical Care Center Mühlthal.

Mein / unser Kind hat folgende chronische Krankheiten/Allergien/Unverträglichkeiten  
(insbesondere von Medikamenten): \_\_\_\_\_

Es nimmt zur Zeit folgende Medikamente (Dosierung / Häufigkeit): \_\_\_\_\_

*Die Vollmacht kann jederzeit von mir / uns widerrufen werden und ist nur gültig, wenn sich die bevollmächtigte Person durch einen amtlichen Lichtbildausweis identifizieren kann.*

\_\_\_\_\_  
Datum, Ort

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Vollmachtgeber

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Bevollmächtigte:r

(Bitte beachten: Nicht zutreffendes bitte streichen. Bei Vorsorgeuntersuchen muss eine erziehungsberechtigte Person anwesend sein. Diese können nicht durch bevollmächtigte Personen begleitet werden.)