



## Vollmacht für den Arztbesuch

### Begleitung von Kindern und Jugendlichen durch nicht Personensorgeberechtigte

Für mein im weiteren genanntes Kind erteile ich für untenstehende Bevollmächtigte eine Vollmacht zur Begleitung zu Arztbesuchen.

#### Patienten (Kind)

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

#### Personensorgeberechtigte (Eltern)

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### Bevollmächtigte Personen

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Die Bevollmächtigte Person darf mein Kind

- am \_\_\_\_\_ (Datum)
- ohne zeitliche Befristung

zum Arztbesuch in die Kinderarztpraxis Jantje Eckbrett begleiten.

Die Vollmacht berechtigt dazu:

- Entscheidungen zu notwendigen Untersuchungen zu treffen
- In Impfungen einzuwilligen und die hierfür notwendige Aufklärung an meiner statt zuvor entgegenzunehmen
- Eventuelle Rezepte oder Überweisungen abzuholen  
(Die Abgabe von BTM-Rezepten ist auch mit Vollmacht nicht möglich!)

Die Vollmacht kann von mir jederzeit widerrufen werden und ist nur gültig, wenn sich die bevollmächtigte Person durch amtlichen Ausweis identifizieren kann.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

(Bitte beachten Sie: Bei Vorsorgeuntersuchungen muss ein Elternteil des Kindes anwesend sein.)