

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.)



Rubensplatz 3
31303 Burgdorf
05136 - 20 81
www.praxis-eckbrett.de

Jantje Eckbrett

Fachärztin für Kinder-
und Jugendmedizin