

## Vollmacht für den Arztbesuch

Vollmachtgeber	
Name	
Anschrift	

Bevollmächtigter	
Name	
Anschrift	
Geburtsdatum	

Kind	
Name	
Geburtsdatum	

Hiermit erteile ich für oben genannten Bevollmächtigten eine Vollmacht. Die bevollmächtigte Person darf mein Kind bei

- dringenden Fällen                       geplanten Arztbesuchen  
 am \_\_\_\_\_ / ohne zeitliche Befristung (ggf. streichen!)

zum Arzt in die Kinderarztpraxis Zengin, Marienstraße 4, 47623 Kevelaer zu begleiten.

Die Vollmacht berechtigt:

- Entscheidungen zu notwendigen Untersuchungen zu treffen.
- Zustimmung zu Impfungen bei Bedarf geben.
- Rezepte oder Überweisungen abzuholen.

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

\_\_\_\_\_ Datum und Ort

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

(Bitte beachten: Bei Vorsorgeuntersuchungen muss ein Elternteil oder eine Bezugsperson des Patienten anwesend sein, diese können nicht durch bevollmächtigte Personen begleitet werden.)