

**MVZ Kliniken Landkreis Heidenheim**

 **Pädiatrie - Kinder- und Jugendmedizin**

 Schloßhaustraße 100, 89522 Heidenheim

 Tel. 07321 33 97 200, Fax: 07321 3369 7299

**Vollmacht Arztbesuch**

**Vollmachtgeber:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Namen und Adresse)

**Bevollmächtigter/e**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Namen und Adresse)

**Name des Kindes:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Erteile ich für die oben bevollmächtigte/n Person/en eine Vollmacht.

Die bevollmächtigte Person darf mein Kind

 $$ Am\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Datum)

 $$ ohne zeitliche Befristung

$$ In dringenden Fällen zum Arztbesuch (alle Ärzte des MVZ Kinder- und Jugendmedizin Heidenheim) begleiten.

Die Vollmacht berechtigt dazu (entsprechendes ankreuzen)

 $$ Entscheidungen zu notwendigen Untersuchungen zu treffen

 $$ Impfungen bei Notwendigkeit zuzustimmen

 $$ Rezepte und Überweisungen oder sonstige Befunde abzuholen

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum Unterschrift Vollmachtgeber/ Erziehungsberechtigter