

**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