

Vollmacht zur Behandlung meines Kindes in der „Kinderchirurgie am Holstentor“

Hiermit bevollmächtige ich folgende Person mein Kind zum Arztbesuch in der „Kinderchirurgie am Holstentor“ zu begleiten und an meiner statt den Behandlungsvertrag, sowie weitere Einwilligungen, die zur adäquaten Therapie meines Kindes notwendig sind zu unterschreiben.

Vor- und Nachname:

Geburtsdatum:

Anschrift:

Diese Vollmacht gilt bis auf schriftlichen Widerruf, dieser kann formlos und schriftlich erfolgen.

Datum

Unterschrift des Erziehungs/-Sorgeberechtigten

Der Bevollmächtigte muss durch einen Personalausweis identifiziert werden können!!!