

## Vollmacht für den Arztbesuch minderjähriger Patienten

**Vollmachtgeber** (Name, Geburtsdatum und Adresse):

---

---

**Bevollmächtigter** (Name, Geburtsdatum und Adresse):

---

---

Für das Kind (Name, Geburtsdatum)

---

erteile/n ich/wir für oben genannten Bevollmächtigten eine Vollmacht.

Die bevollmächtigte Person darf mein Kind (bitte Zutreffendes ankreuzen)

- am \_\_\_\_\_ (Datum)
- am \_\_\_\_\_ (Datum) im Zeitraum von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_
- ohne zeitliche Einschränkung zum Arzt begleiten.

Mein Kind darf alleine den Untersuchungstermin in der Radiologie Ottobrunn wahrnehmen.

Die Vollmacht berechtigt dazu:

- das Kind zum Beratungsgespräch zu begleiten
- Entscheidungen zu notwendigen Untersuchungen zu treffen
- Zustimmung zu notwendigen Kontrastmittelgabe zu geben
- in den Abschluss von Behandlungsverträgen einzuwilligen
- sonstige Befugnisse \_\_\_\_\_

Die Vollmacht kann von mir jederzeit widerrufen werden.

**Vorzugsweise ist diese Vollmacht von beiden Erziehungsberechtigten auszufüllen und zu unterschreiben!**

Ansonsten bestätigen Sie uns bitte, dass Sie

- alleine erziehungsberechtigt sind
- das Einverständnis zu dieser Vollmacht von dem/der zweiten Erziehungsberechtigten erhalten haben

---

Datum und Ort Unterschrift(en) Vollmachtgeber