

Vollmacht für den Arztbesuch meines Kindes

Orthopädische Praxis Dr. Sebastian Ansorge

Vollmachtgeber

(Name, Anschrift der / des Erziehungsberechtigten des zu behandelnden Kindes)

Bevollmächtigter

(Name, Anschrift des Bevollmächtigten)

Kind

(Vorname, Name, Geburtsdatum)

Hiermit erteile ich für den oben genannten Bevollmächtigten ein Vollmacht. Die bevollmächtigte Person darf mein Kind – Zutreffendes durch den Beziehungsberechtigten ankreuzen)

am (Datum) _____

dauerhaft bis zum Widerruf

begleiten in die
Orthopädische Praxis
Dr. Sebastian Ansorge
Paulstraße 47
18055 Rostock

Die Vollmacht berechtigt, Entscheidungen zu notwendigen Untersuchungen (einschließlich Blutentnahme und Röntgenuntersuchungen) und Behandlungen bei Notwendigkeit zuzustimmen.

Ich kann die Vollmacht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft unter den mir bekannten Kontaktdaten der Orthopädischen Praxis von Dr. med. Sebastian Ansorge, Paulstraße 47, 18055 Rostock, Tel.: +49 (0) 381 – 38 34 15 40, in Textform, widerrufen.

Hierzu genügt eine E-Mail an: kontakt@orthopaedie-hro.de.

Ort, Datum, Unterschrift Vollmachtgeber (Erziehungsberechtigter)