

Orthopädische Gemeinschaftspraxis Dres. Kolp, Manecke, Ansorge

Vollmacht für den Arztbesuch meines Kindes

Vollmachtgeber (Name, Anschrift des/der Erziehungsberchtigten):

Bevollmächtigter (Name, Anschrift):

Für mein Kind (Vorname, Name, Geburtsdatum):

erteile ich für oben genannten Bevollmächtigten eine Vollmacht. Die bevollmächtigte Person darf mein Kind

(zutreffendes bitte ankreuzen bzw. ausfüllen durch den/die Erziehungsberechtigten)

- am (Datum) _____ oder
- dauerhaft bis zum Widerruf,

zum Arzt in die

Orthopädische Gemeinschaftspraxis

Frau Dr. med. R. Kolp, Herrn Dr. med. D. Manecke und Herrn Dr. med. S. Ansorge

Wismarsche Straße 32

D-18057 Rostock begleiten.

Die Vollmacht berechtigt dazu:

- Entscheidungen zu notwendigen Untersuchungen zu treffen (einschließlich Blutentnahme und Röntgenuntersuchungen)
- Behandlungen bei Notwendigkeit zuzustimmen (medikamentöse, manualtherapeutische, orthetische und physikalische Behandlungen)
- sonstige Befugnisse: _____

Ich kann diese Vollmacht jederzeit in Textform widerrufen.

Die Vollmacht ist nur gültig, wenn sich die bevollmächtigte Person durch amtlichen Ausweis identifizieren kann.

Datum, Ort, Unterschrift Vollmachtgeber (Erziehungsberechtigte/er)