

# Vollmacht für den Arztbesuch

**Vollmachtgeber:** \_\_\_\_\_

(Name, Vorname)

\_\_\_\_\_

(Straße/ Postleitzahl/ Ort)

**Telefonnummer:** \_\_\_\_\_

## **Bevollmächtigter:**

Mitarbeiter des Sportinternat Frankfurt(Oder), Stendaler Straße 26, 15234 Frankfurt(Oder)

Telefon:	Haus Kieler Straße 10	+49 335 60 67 795
	Haus Finkensteig 13-15	+49 335 63 07 6
	Haus Stralsunder Straße 1-3	+49 335 28 39 90 6

**Für das Kind:** \_\_\_\_\_

(Name, Vorname)

(Geburtsdatum)

erteile ich für den oben genannten Personenkreis eine Vollmacht.

Die bevollmächtigte Person darf mein Kind in dringenden Fällen zum Arzt begleiten.

Die Vollmacht berechtigt dazu (ankreuzen):

- Entscheidungen zu notwendigen Untersuchungen zu treffen
- Eventuelle Rezepte oder Überweisungen abzuholen
- Röntgen/ MRT-Untersuchungen

Die Vollmacht kann von mir jederzeit widerrufen werden und ist nur gültig, wenn sich die bevollmächtigte Person durch amtlichen Ausweis und Arbeitgeberbescheinigung identifizieren kann.

\_\_\_\_\_

Datum und Ort

\_\_\_\_\_

Unterschrift Vollmachtgeber