

**Vollmacht für eine ärztliche Behandlung Minderjähriger**

Hiermit erlauben wir (Eltern) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

dass sich unser Kind (Name, Geb.-Datum) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

am Behandlungstag (Datum)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ allein in der Praxis behandeln lassen darf.

Ein(e) körperliche Untersuchung/ Blutentnahme / EKG/ Sonografie/ Lungenfunktionsprüfung (Bitte nicht zutreffendes streichen) wird ausdrücklich gestattet.

Meschede, den \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Unterschrift Eltern\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Erstellt |  | Name: | Sign. |
| Geprüft |  | Name: | Sign. |
| Freigegeben |  | Name: | Sign. |