

MEDIZINISCHE VOLLMACHT FÜR KIND IM URLAUB

Name des Kindes : _____
Geburtsdatum : _____

Vollmachtgeber (Elternteil / Sorgeberechtigte Person) :

Vor- und Nachname : _____
Adresse : _____
Telefonnummer : _____

Bevollmächtigte Person :

Vor- und Nachname : _____
Adresse : _____
Telefonnummer : _____

Umfang der Vollmacht :

Hiermit erteile ich der oben genannten bevollmächtigten Person die Vollmacht, für mein Kind während des Urlaubs erforderliche Entscheidungen in medizinischen Belangen zu treffen und notwendige Behandlungen zu veranlassen. Die Vollmacht umfasst insbesondere die Zustimmung zu ärztlichen Untersuchungen, Behandlungen und ggf. Krankenhausaufenthalten.

Geltungsdauer der Vollmacht :

Die Vollmacht gilt ausschließlich für den Zeitraum des Urlaubs meines Kindes vom _____ bis _____ . Nach Ablauf dieses Zeitraums erlischt die Vollmacht automatisch.

Haftungsausschluss :

Ich beantrage hiermit, dass die behandelnden Ärzte und medizinischen Fachkräfte im Rahmen dieser Vollmacht ohne weitere Rücksprache mit mir tätig werden dürfen. Ich entbinde die Bevollmächtigte von der Schweigepflicht gegenüber den behandelnden Personen.

Vollmachtgeber (Elternteil / Sorgeberechtigte Person)

Bevollmächtigte Person

Unterschrift: _____

Unterschrift: _____

Originalquelle dieses Dokuments:

<https://musterklar.com/medizinische-vollmacht-kind-urlaub/>

War diese Vorlage für Sie hilfreich?

Weitere aktuelle Vorlagen finden Sie unter:

<https://musterklar.com>

Mehr Vorlagen

Diese Vorlage ist ausschließlich für den persönlichen, nicht kommerziellen Gebrauch bestimmt.
Bei Weitergabe oder Veröffentlichung ist die Nennung der Quelle verpflichtend.

Diese Vorlage dient lediglich zur Orientierung und stellt keine Rechtsberatung dar.
Es wird empfohlen, sich im Einzelfall an eine fachkundige Rechtsberatung zu wenden.