

Vollmacht

für medizinische Versorgung, Arztbesuch oder Krankenhausaufenthalt

Vollmachtgeber

Name: _____

Adresse: _____

Bevollmächtigter

Name: Sabine Madlener

Adresse: Gechelbachgasse 11, 6850 Dornbirn

Für mein Kind

Name: _____

Adresse: _____

Geburtsdatum: _____

erteile ich für oben genannten Bevollmächtigten eine Vollmacht für medizinische Versorgung (im Rahmen eines Elternteils, Pflaster, Salbe, Verband, Fiebersaft usw.), Arztbesuch, Krankenhausbesuch (Untersuchungen, Röntgen, Ultraschall usw.) Bei weiteren notwendigen Maßnahmen (Operationen) in Rücksprache mit mir unter:

Telefonnummer _____

Mein Kind hat folgende Allergien / Unverträglichkeiten:

Die Vollmacht gilt vom Freitag 6. Juli 2018 12:00 bis Montag 9. Juli 2018 um 7:00 für die Reise von Wolfurt nach Stegersbach.

Datum, Ort
Vollmachtgeber

Unterschrift
Vollmachtgeber