

# Vollmacht

für medizinische Versorgung, Arztbesuch oder Krankenhausaufenthalt

## Vollmachtgeber

Name: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

## Bevollmächtigter

Name: Bianca Gehrler

Adresse: Feldweg 4a, 6922 Wolfurt

## 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