

Vollmacht (für Kinder bis 16) zur Abholung von
Rezepten, Befunden etc.

Datei: GNG_Vollmacht_Kinder_für_die_Abholung_von_Rezepten_Befunden_etc_180517ao



Für meine/n Tochter/Sohn,

(Name, Vorname des Kindes)

(geb. am)

wohnhaft in:

(Adresse des Kindes)

bevollmächtige ich als Erziehungsberechtigter hiermit **bis auf Widerruf oder bis zum 16ten Geburtstag meines Kindes,**

(Name, Vorname des Bevollmächtigten)

(geb. am)

geboren in:

(Geburtsort des Bevollmächtigten)

zur Abholung folgender Dokumente:

- Rezepte
- Überweisungen
- Befunde (analog/digital)
- Sonstiges: _____
- Patientenakte komplett

Die Vollmacht gilt ab dem Datum der Ausstellung bis auf Widerruf. Es ist mir bekannt, dass ich diese Vollmacht jederzeit für die Zukunft widerrufen kann.

Unterschreibt ein Elternteil allein, erklärt er mit seiner Unterschrift zugleich, dass Ihm das Sorgerecht allein zusteht oder dass er im Einverständnis mit dem anderen Elternteil handelt.

(Ort, Datum)

(Unterschrift Eltern/ gesetzliche/r Vertreter/in des Patienten)

Bitte beachten Sie, dass

1. diese Vollmacht nur gültig ist, wenn eine Kopie des Personalausweises des Vollmachtgebers vorliegt oder diese Vollmacht im Beisein unseres Praxispersonals ausgefüllt wurde.
2. die Identität des Bevollmächtigten durch Vorlage des Personalausweis nachgewiesen werden muss