

Ermächtigung zur Einwilligung in medizinische Maßnahmen bei meinem minderjährigen Kind

Bitte im Original unterschrieben zum Aufnahme-/Vorgespräch mitbringen!

Patientenangaben (Kind)	
Name	
Vorname	
Geburtsdatum	

Angaben zum ermächtigenden Elternteil	
Ich bin Sorgeberechtigte/r bzw. gesetzlicher Vertreter des o.g. Kindes und ermächtige das nachfolgend benannten Elternteil	
Name	
Vorname	
Geburtsdatum	
Adresse	
Ort	
Telefon / Mobil für Rückfragen	

Angaben zum ermächtigten Elternteil	
Name	
Vorname	
Geburtsdatum	
Adresse	
Ort	
Telefon / Mobil	

Umfang der Ermächtigung

Hiermit ermächtige ich das oben genannte Elternteil, nach ärztlicher Aufklärung über die mit den geplanten Behandlungen (z.B. Operation) verbundenen Risiken, über deren Durchführung bei unserem Kind allein zu entscheiden und in medizinisch gebotene Behandlungen bzw. Eingriffe einzuwilligen.

Ort, Datum

Unterschrift des Vollmachtgebers