



Vollmacht/Schweigepflichtentbindung gegenüber einer Person des Vertrauens

Patientenname, Vorname:

Geburtsdatum:

Adresse:

Ich erteile untenstehenden Personen eine Vollmacht/Schweigepflichtentbindung, die an meiner statt mein Kind zu einer Vorstellung in die Praxis für Kinder- und Jugendmedizin Dr. med. Astrid Herrmann begleiten.

Die Vollmacht/Schweigepflichtentbindung berechtigt dazu:

- Behandlungsdaten/Befunde meines o.g. Kindes zu besprechen
- Entscheidungen zu notwendigen Untersuchungen zu treffen
- Impfungen bei Notwendigkeit zuzustimmen
- Vorsorgeuntersuchungen zu begleiten
- _____ (sonstige Befugnisse)

(unpassende Details streichen)

Name, Vorname	Geburtsdatum	Gültigkeitszeitraum

[Bitte weisen Sie die betreffenden Personen darauf hin, dass wir die Identität anhand eines gültigen Lichtbildausweises, z.B. Personalausweis, überprüfen müssen. Lassen Sie die Schweigepflichtentbindung darüber hinaus von allen sorgeberechtigten Personen unterschreiben und grenzen ggf. bereits den Gültigkeitszeitraum ein]

Mir ist bekannt, dass ich in meiner Entscheidung frei bin, diese Vollmacht/Schweigepflichtentbindung abzugeben.

Mir ist ferner bekannt, dass ich diese Vollmacht/Schweigepflichtentbindung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Durch den Widerruf wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Vollmacht/Schweigepflichtentbindung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt.

Name der Mutter/ Sorgeberechtigten:

Datum und Unterschrift der Mutter/ Sorgeberechtigten:

Name des Vaters/ Sorgeberechtigten:

Datum und Unterschrift des Vaters/ Sorgeberechtigten: