



# Augenarztpraxis Blankenese

DRES. KAUPKE · MIEBACH · GÖRGES · EHRICH & PARTNER

## VOLLMACHT

Hiermit bevollmächtige/n ich/wir

\_\_\_\_\_  
(Name des/r Sorgeberechtigten)

wohnhaft in

\_\_\_\_\_  
(Adresse, Telefon)

als Sorgeberechtigte/r des Kindes/der Kinder

\_\_\_\_\_  
(Name) geb. am \_\_\_\_\_

Herrn/Frau

\_\_\_\_\_  
(Name der Tagespflegeperson)

wohnhaft in

\_\_\_\_\_  
(Adresse, Telefon)

die ärztliche Behandlung des Kindes zu begleiten. Der Arzt ist somit auch gegenüber der o.g. Person von der Schweigepflicht für diesen Behandlungsfall entbunden.

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift des/r Sorgeberechtigten)

Hausarzt/Kinderarzt: \_\_\_\_\_

Das Kind ist krankenversichert über \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Name, Krankenkasse, Versicherungsnummer)

Wichtige Informationen für den Arzt/die Ärztin  
(Allergien, Operationen, Medikamente, Therapieverlauf, u.a.)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_