

VOLLMACHT FÜR DIE OMA MIT KIND ZUM ARZT

Vollmachtgeberin (Mutter/Elternteil) :

Name, Vorname : _____

Anschrift : _____

Geburtsdatum : _____

Vollmachtnehmerin (Oma) :

Name, Vorname : _____

Anschrift : _____

Geburtsdatum : _____

Kind :

Name, Vorname : _____

Geburtsdatum : _____

Vollmachtserklärung :

Hiermit bevollmächtige ich, die Mutter/der Vater des oben genannten Kindes, meine Mutter (Oma), mich bei allen notwendigen Arztbesuchen und medizinischen Behandlungen meines Kindes zu vertreten. Die Bevollmächtigte ist berechtigt, ärztliche Auskünfte einzuholen, Entscheidungen bezüglich der medizinischen Versorgung zu treffen sowie Einwilligungen zu Behandlungen zu erteilen.

Dauer und Gültigkeit der Vollmacht :

Diese Vollmacht gilt ab Unterzeichnung und bleibt gültig bis auf Widerruf durch mich oder bis zum Ablauf des folgenden Zeitraums: _____.

Haftungsausschluss :

Ich bestätige, dass die Bevollmächtigte im Rahmen dieser Vollmacht im besten Interesse des Kindes handelt. Für Schäden, die durch Handlungen außerhalb der Vollmacht entstehen, übernehme ich keine Haftung.

Ort : _____

Datum : _____

Vollmachtgeberin (Mutter/Vater)

Vollmachtnehmerin (Oma)

Unterschrift: _____

Unterschrift: _____

Originalquelle dieses Dokuments:

<https://schnellmuster.com/vollmacht-oma-mit-kind-zum-arzt/>

War diese Vorlage für Sie hilfreich?

Weitere aktuelle Vorlagen finden Sie unter:

<https://schnellmuster.com>

Mehr Vorlagen

Diese Vorlage ist ausschließlich für den persönlichen, nicht kommerziellen Gebrauch bestimmt.
Bei Weitergabe oder Veröffentlichung ist die Nennung der Quelle verpflichtend.

Diese Vorlage dient lediglich zur Orientierung und stellt keine Rechtsberatung dar.
Es wird empfohlen, sich im Einzelfall an eine fachkundige Rechtsberatung zu wenden.