



## Vollmacht zur Veranlassung einer ärztlichen Behandlung bei Minderjährigen

Hiermit bevollmächtige(n) ich/ wir

\_\_\_\_\_  
(Name(n) der/ des Sorgeberechtigten)

Wohnhaft in \_\_\_\_\_

**Telefon für  
Notfälle** \_\_\_\_\_

Als Sorgeberechtigte(r) des Kindes:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

geb. am

Frau **Ronja Wünschmann**, Teammanager Jugend und  
Frau **Antje Hellwig**, Teamphysio Jugend

in Eilfällen während einer Vereinsveranstaltung eine ärztliche  
Behandlung des Kindes zu veranlassen.

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift der/ des Sorgeberechtigten

Hausarzt: \_\_\_\_\_

Das Kind ist versichert über:

\_\_\_\_\_  
(Name Hauptversicherter)

bei:

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

Wichtige Informationen für den Arzt/ die Ärztin: (Allergien, OPs,  
Medikamente etc.)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_