

 Augenzentrum Klatt	<b>Übertragung der Vollmacht bei          Minderjährigen</b>	Änder- Stand <b>01</b> <b>02.04.2020</b>	<b>F-285</b>
		Seite 1/1	

Ich übertrage hiermit die gesundheitliche Vollmacht für mein Kind

\_\_\_\_\_  
 Patientenname

\_\_\_\_\_  
 Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
 Vollständige Anschrift

für den Arztbesuch beim Augenzentrum Klatt an folgende Person

\_\_\_\_\_  
 Name

\_\_\_\_\_  
 Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
 Vollständige Anschrift

Diese Vollmacht ist einmalig für den \_\_\_\_\_/wiederkehrend gültig.

\_\_\_\_\_  
 Datum

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift Erziehungsberechtigte/r

Augenzentrum Klatt  
 Standort Bassum :  
 Bahnhofstr. 23  
 27211 Bassum

Standort Weyhe :  
 Henry-Wetjen-Platz 3  
 28844 Weyhe