

 Augenzentrum Klatt	Übertragung der Vollmacht bei Minderjährigen	Änder- Stand 01 02.04.2020	F-285
		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