

Vollmacht für den Arztbesuch mit minderjährigen Patienten

(gemäß §§ 1626 ff., 630d BGB – Stand: August 2025)

1. Angaben zum/zur Vollmachtgeber*in (sorgeberechtigte Person)

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Krankenversicherung: _____

Hinweis:

Zur Identitätsprüfung ist bei Vorlage dieser Vollmacht ein gültiger Personalausweis oder eine Kopie desselben des/der Vollmachtgeber*in dem Praxis-Personal vorzulegen.

(Bei gemeinsamem Sorgerecht bitte beide sorgeberechtigten Personen eintragen und jeweils unterschreiben lassen sowie den jeweiligen Personalausweis bzw. -kopie vorlegen.)

Name, Vorname: _____

(gegebenenfalls zweite sorgeberechtigte Person)

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Krankenversicherung: _____

2. Angaben zur bevollmächtigten Person

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

3. Angaben zum Kind

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

4. Umfang der Vollmacht

Hiermit erteile ich/wir der oben genannten Person die Vollmacht, mein/unser Kind zum Arzt zu begleiten und in meinem/unserem Namen folgende Entscheidungen zu treffen:

- ☐ Begleitung zu ärztlichen Beratungsgesprächen
- ☐ Zustimmung zu medizinisch notwendigen Untersuchungen
- ☐ Zustimmung zu medizinisch notwendigen Behandlungen und Operationen
- ☐ Einwilligung in den Abschluss medizinisch relevanter Verträge
- ☐ Weitere Befugnisse: _____
(optional, z. B. Abholung von Rezepten, Impfentscheidungen etc.)

(Zutreffendes bitte ankreuzen und gegebenenfalls ausfüllen.)

5. Gültigkeitszeitraum

Die Vollmacht gilt:

- ☐ am folgenden Datum: _____
- ☐ im Zeitraum von _____ bis _____
- ☐ ohne zeitliche Einschränkung

(Zutreffendes bitte ankreuzen und gegebenenfalls ausfüllen.)

6. Hinweise zur Sorgerechtslage

Bitte bestätigen Sie durch Ankreuzen:

- ☐ Ich bin allein sorgeberechtigt.
- ☐ Ich habe das Einverständnis der zweiten sorgeberechtigten Person zur Erteilung dieser Vollmacht erhalten.

7. Hinweis zur Einwilligungsfähigkeit des Kindes

Die Einwilligung in medizinische Maßnahmen setzt grundsätzlich die Einwilligungsfähigkeit des Kindes voraus.

Einwilligungsfähig ist ein minderjähriges Kind, wenn es Art, Bedeutung und Tragweite der Maßnahme nachvollziehen kann.

In solchen Fällen entscheidet das Kind selbst über die Durchführung der Behandlung. Die Vollmacht dient in diesem Fall lediglich der organisatorischen Begleitung.

8. Widerruf

Diese Vollmacht kann jederzeit schriftlich widerrufen werden.

9. Unterschrift(en)

Ort, Datum:

Unterschrift Vollmachtgeber*in (sorgeberechtigte Person):

Unterschrift zweite sorgeberechtigte Person (falls zutreffend):
