

## Vollmacht für den Eingriff bei Minderjährigen

Ich, \_\_\_\_\_, wohnhaft in \_\_\_\_\_, bin damit einverstanden,  
dass

Frau/Herr \_\_\_\_\_, wohnhaft in \_\_\_\_\_  
bezüglich des bevorstehenden Eingriffes bei meinem Kind:

Name \_\_\_\_\_, geboren am \_\_\_\_\_,

wohnhaft in \_\_\_\_\_

eine Entscheidung und Einwilligung in meiner Abwesenheit treffen darf. Ich erteile als Vollmachtgeber der Mutter / dem Vater meines Kindes die Vollmacht, über die Notwendigkeit und Durchführung des Eingriffes zu entscheiden.

Art des Eingriffes: \_\_\_\_\_

geplantes Datum des Eingriffes: \_\_\_\_\_

Die Vollmacht macht es möglich, den Eingriff auch ohne meine explizite Zustimmung durchzuführen. Die Vollmacht ist gültig für den oben genannten Eingriff. Ein Widerruf der Vollmacht ist durch mich jederzeit möglich. Weitere Eingriffe erfordern meine Zustimmung und eine erneute Bevollmächtigung.

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Vollmachtgebers