



AUGENZENTRUM DIEZ
Zimmermann & Kolleginnen

Vollmacht für Arztbesuch

Vollmachtgeber /Patient _____ ; _____
(Name, Vorname & Adresse)

Bevollmächtigter _____ ; _____
(Name, Vorname & Adresse)

Für Patient/in _____ ; _____
(Name, Vorname, Geburtsdatum)

Hiermit erteile ich der /dem o.g. Bevollmächtigte/en eine Vollmacht.

Die bevollmächtigte Person darf mein Kind

Am _____ ohne zeitliche Befristung
zum Arztbesuch im Augenzentrum Diez, Rosenstraße 7, 65582 Diez
begleiten.

Diese Vollmacht berechtigt dazu:

Rezepte oder Überweisungen im Augenzentrum Diez abzuholen.

Befundberichte / Gutachten/ Karteikartenausdrucke im Augenzentrum Diez abzuholen.

Impfungen nach Aufklärung durch den Arzt zuzustimmen.

Mein Kind zur Untersuchung im Augenzentrum Diez in Cycloplegie / Atropin / Mydriasis zu begleiten.

Diese Vollmacht kann von mir jederzeit widerrufen werden und ist nur mit Identifizierung der bevollmächtigten Person durch einen Personalausweis gültig!

_____ ; _____
Datum, Ort Unterschrift Vollmachtgeber