

MEDIZINISCHE VOLLMACHT

für die Betreuung und medizinische Versorgung eines minderjährigen Kindes

1. Angaben zum Kind

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

2. Sorgeberechtigte/r

Hiermit bevollmächtige ich als Sorgeberechtigte/r:

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

die nachfolgend genannte Person, mein minderjähriges Kind in den nachstehend genannten medizinischen Angelegenheiten zu vertreten bzw. zu begleiten:

3. Bevollmächtigte Person

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

Die bevollmächtigte Person muss sich bei Bedarf durch ein gültiges amtliches Ausweisdokument mit Lichtbild (z. B. Personalausweis oder Reisepass) ausweisen können.

4. Umfang der Vollmacht

Die Vollmacht umfasst insbesondere die Befugnis,

☒ ärztliche Auskünfte über den Gesundheitszustand, Befunde, Diagnosen und die laufende Behandlung des Kindes entgegenzunehmen

☒ die für die Betreuung des Kindes erforderliche Kommunikation mit Ärztinnen/Ärzten und medizinischem Fachpersonal zu führen und Informationen entgegen zu nehmen

☒ die vom Sorgeberechtigten bzw. ärztlich verordneten **Medikamente, insbesondere Tropfen**, nach den bestehenden ärztlichen bzw. elterlichen Vorgaben zu verabreichen/verabreichen zu lassen

☒ Informationen über Dosierung, Einnahmezeiten, Anwendung und bestehende medizinische Anweisungen entgegenzunehmen.

5. Einwilligung in die ärztliche Auskunft

Ich erkläre mich ausdrücklich damit einverstanden, dass die bevollmächtigte Person die für die Betreuung und medizinische Versorgung meines Kindes erforderlichen ärztlichen Auskünfte erhält.

Die behandelnden Ärztinnen/Ärzte und sonstigen zur Verschwiegenheit verpflichteten Personen werden insoweit von ihrer Schweigepflicht gegenüber der oben genannten bevollmächtigten Person entbunden.

Die Entbindung von der Schweigepflicht gilt ausschließlich im Zusammenhang mit der medizinischen Versorgung und Betreuung meines Kindes im Rahmen dieser Vollmacht.

6. Datenschutz / DSGVO

Ich willige ein, dass die zur medizinischen Betreuung meines Kindes erforderlichen personenbezogenen und insbesondere gesundheitsbezogenen Daten der oben genannten bevollmächtigten Person gegenüber offengelegt und von dieser zum Zweck der Betreuung und medizinischen Versorgung entgegengenommen werden dürfen.

Die Einwilligung umfasst nur die Daten und Informationen, die für die genannten Zwecke erforderlich sind.

Diese Einwilligung erfolgt freiwillig und kann mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

7. Medikamentengabe

Die bevollmächtigte Person ist berechtigt, meinem Kind die von mir bzw. der behandelnden Ärztin/dem behandelnden Arzt oder ärztlichem Personal vorgesehenen Medikamente zu verabreichen.

Medikament / Präparat: Cyclopentolat / Mydriatika / Pilocarpinhydrochlorid

Weitere Medikamente können bei Bedarf auf einem ergänzenden, von mir unterschriebenen Medikamentenplan aufgeführt werden.

8. Einschränkung der Vollmacht

Diese Vollmacht berechtigt **nicht** zu eigenständigen Entscheidungen über operative Eingriffe, stationäre Aufnahmen, dauerhafte Änderungen einer Behandlung oder andere wesentliche medizinische Maßnahmen, soweit hierfür eine gesonderte Einwilligung der Sorgeberechtigten erforderlich ist.

In medizinischen Notfällen bleiben die gesetzlichen Befugnisse und Pflichten der behandelnden Personen unberührt.

9. Gültigkeit

Diese Vollmacht gilt:

- ☐ ab dem _____
- ☐ bis einschließlich _____
- ☐ einmalig für folgenden Zeitraum / Anlass:
- ☐ bis auf Widerruf.

Die Vollmacht kann von der/dem Sorgeberechtigten jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

10. Erklärung des/der Sorgeberechtigten

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich sorgeberechtigt bin und die vorstehende Vollmacht freiwillig erteile.

Ich bestätige außerdem, dass die bevollmächtigte Person berechtigt ist, die in dieser Vollmacht genannten medizinischen Informationen zu erhalten und die beschriebenen Aufgaben im Interesse und zum Wohl meines Kindes wahrzunehmen.

Ort: _____

Datum: _____

Unterschrift Sorgeberechtigte/r

Unterschrift:

Bitte vollständig ausfüllen und dem Bevollmächtigten die Versichertenkarte des Kindes mitgeben!