



AOK-KLINIK
RÜGEN

Vollmacht - für Eltern mit gemeinsamem Sorgerecht

Name, Vorname des Kindes:

geboren am:

Hauptwohnsitz:

Hiermit erteile ich,

Name, Vorname: **-Vollmachtgeber/in-**

Hauptwohnsitz:

Geburtsdatum:

der Mutter/dem Vater unseres gemeinsamen vorbezeichneten Kindes

Herrn/Frau Name, Vorname: **-Vollmachtnehmer/in-**

Hauptwohnsitz:

Geburtsdatum:

die Vollmacht,

die nachfolgend benannten Aufgaben des elterlichen Sorgerechts für unser gemeinsames oben genanntes Kind in alleiniger Verantwortung wahrzunehmen und alle erforderlichen Erklärungen auch in meinem Namen abzugeben.

Diese Vollmacht erstreckt sich auf die elterliche Sorge im Bereich der Gesundheit und zwar auf alle medizinischen, physiotherapeutischen und psychosozialen Maßnahmen/Behandlungen, bei denen die Zustimmung des jeweils anderen Sorgeberechtigten erforderlich ist.

Die Vollmacht gilt für die Zeit der Teilnahme an der Mutter/Vater Kind Vorsorge- bzw. Rehabilitationsmaßnahme in der AOK-Klinik Rügen und zwar

im Behandlungszeitraum: vom bis zum

Diese Vollmacht ist wirksam, bis der Klinik ein schriftlicher Widerruf zugeht.

Vollmachtgeber/in:

Datum/Unterschrift

Vollmachtnehmer/in:

Datum/Unterschrift