



Mühlfeldstraße 22
65232 Taunusstein
Tel.: 06198-935104
Fax: 06128-93525
www.drschindler.de
praxis@drsindler.de

Vollmacht

Hiermit erteile ich, _____, geb. _____

(Mutter / Vater)

Herrn/Frau _____, geb. _____

Herrn/Frau _____, geb. _____

die Vollmacht, mein u.g. Kind zu vereinbarten Terminen für

- Impfungen (Aufklärung der Erziehungsberechtigten dennoch vorher notwendig)
- Vorstellungen bei akuten Erkrankungen
- _____ (bitte Gewünschtes ankreuzen/hinzufügen)

zu begleiten.

Diese Vollmacht bezieht sich auf folgende(s) Kind(er):

_____, geb. _____

_____, geb. _____

_____, geb. _____

Taunusstein, den

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r