



Vollmacht
zur ärztlichen Behandlung

Elternteil 1 (Name, Vorname): _____

Elternteil 2 (Name, Vorname): _____

Mein Kind (Name, Vorname) _____

geboren am (TT.MM.JJ) _____

darf am (Tag der Behandlung) _____

eigenständig an der augenärztlichen Untersuchung bei

Frau Dr. med. Clivia Schüler teilnehmen.

Diese Vollmacht gilt nur für den Behandlungstag!

Datum

Unterschrift
Erziehungsberechtigter