

Vollmacht zur Zustimmung zu einer ärztlichen Behandlung einer/eines Minderjährigen

(Übersetzung „Treatment of Minor“)

In seltenen Fällen kann es zu einem Notfall kommen, der einen Krankenhausaufenthalt und/oder eine Operation erforderlich macht. Da grundsätzlich keine Narkose oder Operation an einem Minderjährigen ohne die schriftliche Zustimmung der Eltern oder des Vormundes vorgenommen werden darf, werden die Eltern bzw. der Vormund gebeten, folgende Erklärung zu unterzeichnen. Es wird jede Anstrengung unternommen werden, mit den Eltern oder dem Vormund vor einer größeren ärztlichen Behandlung Kontakt aufzunehmen. Diese Erklärung dient dazu, einer gefährlichen Verzögerung vorzubeugen für den Fall, das ein Notfall eintritt und die Eltern nicht erreicht werden können.

(Ich) (Wir, der/die unterzeichnende(n) Eltern/Vormund von
..... , einer/einem Minderjährigen, ermächtigen hiermit
.....

als Vertreter des/der Unterzeichnenden, einer Röntgenuntersuchung, einer Narkose, einer medizinischen oder chirurgischen Diagnose oder Behandlung oder einem Krankenhausaufenthalt zuzustimmen, falls dies auf Anraten eines praktischen Arztes oder Chirurgen dringend angebracht erscheint.

Es versteht sich von selbst, dass diese Vollmacht im voraus gegeben wird, um den oben genannten Vertreter zu ermächtigen, seine Zustimmung zu o.g. medizinischen Behandlungen zu geben, die dem Arzt nach bestem Willen und Gewissen erforderlich erscheint.

Diese Vollmacht soll gültig sein bis....., falls sie nicht vorher schriftlich widerrufen wird.

1. Unsere Tochter/unser Sohn nimmt z.zt. folg. Medikamente::
.....
2. gegen:
.....
3. Dosierung/Häufigkeit:.....
.....
4. muss folg. Diät einhalten:
.....
5. hatte in jüngster zeit eine OP (Zeitpunkt):
6. hat Allergien:
7. wurde gegen Tetanus geimpft am:
8. Sonstige Mitteilungen für eine ärztliche Behandlung im Notfall:
.....
.....

place / date

signature of parents

signature of student
(if over 18)