

# Vollmacht für die Einwilligung in die Untersuchung

Als Erziehungs- bzw. Sorgeberechtigter bevollmächtige ich hiermit eine von mir festgelegte Vertrauensperson zur Einwilligung in die Untersuchung (einschließlich evtl. erforderlicher Kontrastmittelgabe).

## Patientendaten

\_\_\_\_\_  
Nachname, Vorname

\_\_\_\_\_  
Geb.-Datum

\_\_\_\_\_  
Datum der Untersuchung

## Bevollmächtigte Person

\_\_\_\_\_  
Nachname, Vorname

\_\_\_\_\_  
Geb.-Datum

\_\_\_\_\_  
Strasse, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl, Ort

## Erziehungs- / Sorgeberechtigter

\_\_\_\_\_  
Nachname, Vorname

\_\_\_\_\_  
Geb.-Datum

\_\_\_\_\_  
Strasse, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl, Ort

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Erziehungs- / Sorgeberechtigter\*

Bitte stellen Sie sicher, dass diese ausgefüllte Vollmacht sowie eine beidseitige Kopie Ihres Personalausweises zur Untersuchung vorgelegt werden können. Gern können Sie auch vorab diese ausgefüllte Vollmacht an folgende Faxnummer: 044 510 29 99 senden. Bitte geben Sie die Kopie Ihres Personalausweises dem Bevollmächtigten zur Untersuchung mit.