

Name:  
(der Eltern / Sorgeberechtigten)  
Straße:  
PLZ / Ort:

## Vollmacht

Unser Sohn / unsere Tochter

Name:

Anschrift:

geboren am \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_

ist vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

mit:

(Name, Anschrift)

im Urlaub.

Für diese Zeit erteilen wir die Vollmacht an \_\_\_\_\_ alle  
erforderlichen Entscheidungen im Bereich der Gesundheitspflege zu  
treffen.

Unser Sohn / unsere Tochter \_\_\_\_\_

hat folgende

Allergien:

chronische Krankheiten:

und muss regelmäßig folgende Medikamente einnehmen:

\_\_\_\_\_

Uns sind folgende / keine Medikamentenunverträglichkeiten  
bekannt \_\_\_\_\_

Ort, Datum, Unterschrift