

**Vollmacht für minderjährige Patienten**

Hiermit gebe ich, \_\_\_\_\_,  
(Name, Geburtsdatum)

wohnhaft in

\_\_\_\_\_  
(Adresse)

das Einverständnis für mein Kind \_\_\_\_\_  
(Name, Geburtsdatum)

die Praxis für Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen von Frau Dr. Barbara Lindemann  
(Berliner Straße 139, 14467 Potsdam) am

\_\_\_\_\_ allein aufzusuchen.  
(Datum)

**Die Behandlungskosten werden vollständig von mir übernommen, sofern sie nicht von der  
Krankenkasse getragen werden.**

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift