

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