

Anschrift des sorgeberechtigten Elternteils:

(Name, Vorname)

(Straße, Hausnummer)

(Postleitzahl, Ort)

(Ort, Datum)

Vollmacht

Hiermit bevollmächtige ich _____ als sorgeberechtigtes Elternteil
(Name, Vorname)

(Name, Vorname)

(Straße, Hausnummer)

(Postleitzahl, Ort)

mein Kind _____ am _____
(Name, Geburtsdatum) (Datum)

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

Der/Die Bevollmächtigte ist berechtigt, Gesundheitsfragen unseres Kindes zu beantworten
und auch Auskünfte zu den gesundheitlichen Belangen entgegenzunehmen.

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

Unterschrift