

Gemeinschaftspraxis  
**Dr. med. Stephan Henneberger**  
**Dr. med. Tanja Hemmers**  
Kinder- und Jugendärzte  
Neuburger Straße 40, 86167 Augsburg  
Telefon 0821/719081



---

## Einwilligung/Vollmacht

Erziehungsberechtigte/r: \_\_\_\_\_

Patient: \_\_\_\_\_

Bevollmächtigte Person: \_\_\_\_\_

Hiermit erteile ich der o.g. Person die Vollmacht folgende Termine wahrzunehmen:

- Vorsorgeuntersuchungen (**Nur in Ausnahmefällen, nach Rücksprache mit der Praxis möglich**)
- Impftermine (**Nur nach zuvor erfolgter Aufklärung des Sorgeberechtigten möglich**)
- Notfalltermine

Diese Vollmacht kann jederzeit von dem Sorgeberechtigten widerrufen werden.

---

Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r