

MEDIZINISCHE VOLLMACHT FÜR MINDERJÄHRIGE

(Medical Authorization for Minor / Autorisation médicale)

Felder in eckigen Klammern ausfüllen.

ANGABEN ZUM KIND

VOLLSTÄNDIGER NAME:	
Geburtsdatum:	TT.MM.JJJJ
Adresse:	
Krankenkasse:	
Versichertennummer:	

WICHTIGE MEDIZINISCHE INFORMATIONEN

BLUTGRUPPE (FALLS BEKANNT):	
Bekannte Allergien:	
Chronische Erkrankungen:	
Aktuelle Medikation:	
Hausarzt/Kinderarzt:	
Telefon Arzt:	

BEVOLLMÄCHTIGTE PERSON

NAME:	
Verhältnis zum Kind:	z.B. Lehrperson, Trainer, Verwandte/r
Telefon:	

VOLLMACHTSERKLÄRUNG

Ich/Wir als Erziehungsberechtigte ermächtige(n) die oben genannte Person, im Notfall medizinische Entscheidungen für mein/unser Kind zu treffen, falls wir nicht erreichbar sind.

Diese Vollmacht umfasst:

- ☐ Erste-Hilfe-Massnahmen
- ☐ Konsultation eines Arztes
- ☐ Verabreichung notwendiger Medikamente
- ☐ Transport ins Spital/Krankenhaus
- ☐ Einwilligung in dringend notwendige medizinische Eingriffe

GÜLTIGKEITSZEITRAUM

GÜLTIG VON:	TT.MM.JJJJ
Gültig bis:	TT.MM.JJJJ
Anlass/Veranstaltung:	

NOTFALLKONTAKTE DER ERZIEHUNGSBERECHTIGTEN

KONTAKT 1 (NAME):	
-------------------	--

Telefon 1:	
Kontakt 2 (Name):	
Telefon 2:	

UNTERSCHRIFTEN

_____ ORT, DATUM	_____ UNTERSCHRIFT
_____ Ort, Datum	_____ Unterschrift

Erziehungsberechtigte/r 1 Erziehungsberechtigte/r 2

⚠ Wichtig: Kopie der Versicherungskarte beilegen. Diese Vollmacht ersetzt nicht den Wunsch des Kindes, sofern es urteilsfähig ist.

Bei Minderjährigen unterschreiben grundsätzlich alle Inhaber der elterlichen Sorge (ZGB Art. 296 ff.). Kein Ersatz für eine Rechtsberatung.
Alle Vorlagen kostenlos auf conviva-plus.ch