

Vollmacht

---

**Hiermit bevollmächtige/n ich/wir**

\_\_\_\_\_  
(Name des/r Sorgeberechtigten)

wohnhaft in \_\_\_\_\_  
(Adresse, Telefon)

als Sorgeberechtigte/r des Kindes \_\_\_\_\_  
(Name des Kindes)

geboren am \_\_\_\_\_  
(Geburtstag des Kindes)

**die Ärzte des MVZ DaVita Cardio Centrums Düsseldorf, Königsallee 61 in  
40215 Düsseldorf, eine ärztliche Untersuchung und Behandlung des Kindes  
durchzuführen.**

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift der/s Sorgeberechtigten)

Hausarzt: \_\_\_\_\_

Wichtige Informationen für den Arzt/die Ärztin (Allergien, Operationen, Medikamente  
u.a.):

---

---

---

---