

## Vollmacht für Minderjährige

Hiermit erlaube ich:

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Straße, Nummer: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

als erziehungsberechtigte Person, dass sich mein Sohn / meine Tochter

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Straße, Nummer: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

folgende Behandlung machen lassen darf: \_\_\_\_\_

Für Rückfragen stehe ich Ihnen unter folgender Rufnummer zur Verfügung:

Rufnummer: \_\_\_\_\_

Mit meiner Unterschrift bestätige ich meine Erlaubnis.

Bitte Ausweiskopie des Erziehungsberechtigten beilegen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Eidesstattliche Versicherung des / der Minderjährigen:

Hiermit erkläre ich an Eides statt, dass die oben ausgeschriebene Erklärung tatsächlich von meiner Mutter, meinem Vater oder einer anderen erziehungsberechtigten Person ausgefüllt und auch unterschrieben wurde. Als erziehungsberechtigte Personen gelten nicht: Bruder, Schwester, Tante, Onkel oder andere Personen aus naher Verwandtschaft! Mir ist die Konsequenz einer falschen Eidesstattlichen Versicherung bewusst und auch, dass eine solche eine strafrechtliche Verfolgung nach sich ziehen kann. Ab einem Alter von 14 Jahren bin ich strafmündig und das ist mir auch bewusst. Ich verfüge über eigene Geldmittel in Rahmen des Taschengeldes. Die Tragfähigkeit meines Handelns ist mir bewusst.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des minderjährigen Kunden