



## Vollmacht

Hiermit bevollmächtige ich,

.....  
(Nachname, Vorname Erziehungsberechtigte/r Vollmachtgeber)

.....  
(Adresse Erziehungsberechtigte/r Vollmachtgeber)

Frau / Herrn

.....  
(Nachname Vorname Bevollmächtigter)

.....  
(Adresse Bevollmächtigter)

die für den stationären Klinikaufenthalt ab dem ..... in der

Kinderklinik Garmisch-Partenkirchen gGmbH  
Gehfeldstr. 24  
82467 Garmisch-Partenkirchen

notwendigen Patientenverträge /-unterlagen und gegebenenfalls auch die  
Wahlleistungsverträge

für mein Kind,..... zu unterschreiben.

(Nachname Vorname)

Damit erkläre ich mein Einverständnis und akzeptiere die in den Verträgen  
niedergelegten Bedingungen des Krankenhauses (AVB)

-----  
Datum Unterschrift Erziehungsberechtigte/r (Vollmachtgeber)