Vollmacht zur Zustimmung zu einer ärztlichen Behandlung einer/eines Minderjährigen im Notfall

**(Übersetzung „Treatment of Minor“)**

*In seltenen Fällen kann es zu einem Notfall kommen, der einen Krankenhausaufenthalt und/oder eine Operation erforderlich macht. Da grundsätzlich keine Narkose oder Operation an einem Minderjährigen ohne die schriftliche Zustimmung der Eltern oder des Vormundes vorgenommen werden darf, werden die Eltern bzw. der Vormund gebeten, folgende Erklärung zu unterzeichnen. Es wird jede Anstrengung unternommen werden, mit den Eltern oder dem Vormund vor einer größeren ärztlichen Behandlung Kontakt aufzunehmen. Diese Erklärung dient dazu, einer gefährlichen Verzögerung vorzubeugen für den Fall, dass ein Notfall eintritt und die Eltern nicht erreicht werden können.*

(Ich) (Wir, der/die unterzeichnende(n) Eltern/Vormund von ................................................, einer/einem Minderjährigen, ermächtigen hiermit Frau/Herr……………. und Frau/Herr……………… als Vertreter des/der Unterzeichnenden, einer Röntgenuntersuchung, einer Narkose, einer medizinischen oder chirurgischen Diagnose oder Behandlung oder einem Krankenhausaufenthalt zuzustimmen, falls dies auf Anraten eines praktischen Arztes oder Chirurgen dringend angebracht erscheint.

Es versteht sich von selbst, dass diese Vollmacht im Voraus gegeben wird, um den oben genannten Vertreter zu ermächtigen, seine Zustimmung zu o.g. medizinischen Behandlungen zu geben, die dem Arzt nach bestem Willen und Gewissen erforderlich erscheint.

Diese Vollmacht soll gültig sein vom ………… bis zum …………….. 2018 falls sie nicht vorher schriftlich widerrufen wird.

1. Unsere Tochter/unser Sohn nimmt zur Zeit folgende Medikamente:
2. gegen:
3. Dosierung/Häufigkeit:
4. hatte in jüngster Zeit eine OP (Zeitpunkt):
5. hat Allergien:
6. Sonstige Mitteilungen für eine ärztliche Behandlung im Notfall:

Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten: ……………………………………………………

Datum: ……………………………………………………

AUTHORIZATION TO CONSENT TO TREATMENT OF MINOR

**(see reverse for German translation)**

*In case of a medical emergency, some treatments – such as narcosis or operations – cannot be administered to minors without the written consent of their parents or legal guardian(s). It is therefore advisable that the parents or legal guardian(s) sign this authorization to consent, if the treatment must be administered very quickly or if the attempts to contact the parents or legal guardian(s) would fail.*

(I) (We), the undersigned, parent(s)/legal guardian(s) of .......................................................................... a minor, do hereby authorize Mr/Mrs ………..and Mr/Mrs……………as agent(s) for the undersigned to consent to any x-ray examination, anesthetic, medical or surgical diagnosis or treatment and hospital care which is deemed advisable by, and is to be rendered under the general or special supervision of the physician or surgeon in charge.

It is understood that this authorization is given in advance of any specific diagnosis, treatment or hospital care being required but is given to provide authority and power on the part of our aforesaid agent(s) to give specific consent to any and all such diagnosis, treatment or hospital care which the aforementioned physician in the exercise of his best judgment may seem advisable.

This authorization shall remain effective from …….. until………., 2018 unless sooner revoked in writing delivered to said agent(s).

1. Our daughter / son is presently taking the following medicine:
2. for (symptoms):
3. dosage / time:
4. has had recent surgery on (date):
5. has allergies:
6. further remarks important for treatment in an emergency:

Signature of parents: …………………………………………………..

Date: …………………………………………………..