

## Behandlungsvollmacht für minderjährige Kinder

Naturheilpraxis Korinna Kissel  
Funktionelle Medizin & Stressmedizin  
Haifa-Allee 18  
55128 Mainz

### I. Angaben zum Kind

Name des Kindes: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

### 2. Angaben zu Sorgeberechtigte

#### Sorgeberechtigte Person(en)

Sorgeberechtigte/r Elternteil 1:

Name: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon/E-Mail: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

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

Sorgeberechtigte/r Elternteil 2 (falls vorhanden):

Name: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon/E-Mail: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

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

### 3. Erklärung der Einwilligung

Hiermit erteilen die sorgeberechtigten Elternteile der Naturheilpraxis Korinna Kissel die Vollmacht sowie die ausdrückliche Zustimmung, bei oben genanntem Kind naturheilkundliche Diagnostik und Behandlung gemäß den Grundsätzen der Naturheilkunde, funktionellen Medizin und Stressmedizin vorzunehmen.

Dies umfasst insbesondere:

- Anamnese, körperliche Untersuchung, Labordiagnostik (inkl. externe Labore)
- naturheilkundliche Behandlungsverfahren und Therapien
- Ausstellung von Empfehlungen zu Medikamenten, Nahrungsergänzungsmitteln oder naturheilkundlichen Präparaten

#### **4. Alleiniges Sorgerecht (falls zutreffend)**

☐ Ich erkläre hiermit, dass ich alleinig sorgeberechtigt für das oben genannte Kind bin.

Ein Nachweis (z. B. Sorgerechtsbeschluss, Negativattest) wird auf Wunsch vorgelegt.

Name des allein Sorgeberechtigten: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

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

#### **5. Hinweise**

- Diese Vollmacht gilt bis auf Widerruf.
- Ein Widerruf ist jederzeit schriftlich möglich.
- Die Sorgeberechtigten bestätigen, über Art, Umfang und mögliche Risiken naturheilkundlicher Behandlungen aufgeklärt worden zu sein und diese zu akzeptieren.
- Die Vertraulichkeit und der Datenschutz gemäß DSGVO werden gewährleistet.

#### **6. Optional: Vollmacht für Begleitpersonen**

Hiermit wird folgenden Personen erlaubt, das Kind zu Terminen zu begleiten und in dringenden Fällen Entscheidungen in meinem/unserem Sinne zu treffen:

Name: \_\_\_\_\_

Beziehung zum Kind: \_\_\_\_\_

Unterschrift Sorgeberechtigte/r: \_\_\_\_\_

**Bitte bringen Sie das unterschriebene Dokument zum Termin mit oder  
senden Sie es uns vorab an [praxis@heilpraktikerin-kissel.de](mailto:praxis@heilpraktikerin-kissel.de)**