**Vollmacht**

**委任状**

Hiermit bevollmächtige/n ich/wir,

私は以下の通り委任します。

(Name des/r Sorgeberechtigten)

保護者名

wohnhaft in

(Anschrift,Telefon)

　　住所・電話番号

Als Sorgeberechtigen/r des Kindes/der Kinder

(Name)

児童生徒名

(Geburtsdatum)

　　生年月日

Herrn/Frau

(Name der bevollmächtigten Person)

　　被委任者名

wohnhaft in

(Anschrift, Telefon)

　　被委任者住所・電話番号

in Notfällen eine ärzliche Behandlung des Kinder zu veranlassen.

(Dazu gehören unter anderem auch die Röntgenaufnamen)

緊急時に被委任者が子供の治療を依頼すること（レントゲンなど）

Hausarzt/Hausärztin:

児童生徒のホームドクター

Adresse, Telefon:

住所・電話番号

Das Kind ist krankenversichert über:

(Name, Krankenkasse,Versicherungsnummer)

契約者名（保護者名）・健康保険会社名・健康保険番号

Wichtige Informationen für den behandelnden Arzt/die Ärztin (Operationen,

Medikamente, Allergie u.a.):

担当医への重要なインフォメーション（手術歴・常用薬、アレルギー等

(Ort, Datum)

署名場所・日時

(Unterschrift des/r Sorgenberechtigten)

保護者のサイン