



Behandlungsvollmacht für Wettkämpfe (In- und Ausland)

(Minderjährige)

Sportverein:
TSR Olympia Wilhelmshaven e.V.
Abteilung Turnen & Sportakrobatik
Eberswalder Str. 3, 26388 Wilhelmshaven

1. Angaben zum Kind / zur sporttreibenden Person

- **Name, Vorname:** _____
 - **Geburtsdatum:** _____
 - **Anschrift:** _____
 - **Krankenkasse:** _____
 - **Versichertennummer:** _____
-

2. Angaben zu den Erziehungsberechtigten

- **Name(n):** _____
 - **Anschrift:** _____
 - **Telefon (mobil):** _____
 - **E-Mail:** _____
-

3. Bevollmächtigte Personen

Hiermit bevollmächtige(n) ich/wir die nachfolgend genannte(n) Person(en):

- **Trainer/in / Betreuer/in:** _____
- **Funktion im Verein:** _____

sowie im Bedarfsfall weitere offiziell eingesetzte Trainer/Betreuer des oben genannten Vereins.

4. Umfang der Vollmacht

Ich/Wir erteile(n) hiermit die Vollmacht, **im Falle eines Unfalls, einer Verletzung oder einer akuten Erkrankung** während Trainings, Wettkämpfen, Lehrgängen und Reisen des Vereins **innerhalb Deutschlands sowie im Ausland:**

- ärztliche Untersuchungen und Behandlungen zu veranlassen
- in medizinisch notwendigen Fällen einer **ambulanten oder stationären Behandlung** zuzustimmen
- über die Durchführung von **notwendigen medizinischen Maßnahmen** (inkl. Notfallbehandlungen) zu entscheiden
- medizinische Informationen an behandelnde Ärzte weiterzugeben

Diese Vollmacht gilt **ausschließlich im medizinischen Notfall**, wenn eine vorherige Rücksprache mit den Erziehungsberechtigten nicht oder nicht rechtzeitig möglich ist.

5. Besondere Hinweise (freiwillig)

- ☐ Allergien: _____
- ☐ Vorerkrankungen: _____
- ☐ Medikamente (regelmäßig): _____
- ☐ Sonstiges: _____
-

6. Gültigkeit

Diese Behandlungsvollmacht gilt für den Zeitraum:

von _____ bis _____

7. Erklärung

Ich/Wir bestätige(n) die Richtigkeit der Angaben und erkläre(n) mich/uns mit dem oben genannten Umfang der Behandlungsvollmacht einverstanden.

Ort, Datum: _____

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r: