

Vollmacht



▶ Patient/in

NAME

VORNAME

GEBURTSDATUM

▶ Erziehungsberechtigte/r

NAME

VORNAME

GEBURTSDATUM

▶ Hiermit bevollmächtige ich Frau/ Herrn:

▶ Mein oben genanntes Kind zur Behandlung am:

zu begleiten und alle damit verbundenen notwendigen Entscheidungen zu treffen.

Ich **willige** hiermit in die Behandlung **ein** und bin damit einverstanden, dass die Behandlung auch ohne meine persönliche Anwesenheit durchgeführt wird.

Wichtige Informationen und Mitteilungen für die behandelnde Zahnärztin (z.B. Allergien, Operationen, Medikamente u.a.)

Ort/Datum

Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten