

Vollmacht für den Zahnarztbesuch in der Kinderzahnarztpraxis Zahnkitz

Bevollmächtigte Begleitperson

Name:

Straße:

PLZ / Ort:

erhält hiermit von den Sorgeberechtigten

Name:

Straße:

PLZ / Ort:

die Vollmacht das Kind

Name des Kindes:

geboren am:

zu den zahnärztlichen Behandlungen zu begleiten und ggf. nach vorheriger Aufklärung Entscheidungen zu treffen, z.B. welches Füllungsmaterial gewünscht wird oder die Einwilligung zu noch erforderlichen Röntgenbildern zu geben. Durch diese Vollmacht entbinde ich die Praxis gegenüber der oben genannten Begleitperson von der ärztlichen Schweigepflicht.

Ort

Datum

Unterschrift gesetzliche/r Vertreter*

* Für den Fall, dass nur ein Elternteil/sorgeberechtigte Person unterschreibt: Von der zweiten sorgeberechtigten Person bin ich ermächtigt worden, diese Vollmacht zu erteilen.

