

VOLLMACHT FÜR BEGLEITPERSONEN

Für die zahnmedizinische Behandlung minderjähriger Patienten

Name/Vorname Kind/ zu betreuende Person

Geburtsdatum

Geburtsort

Hiermit bevollmächtige ich folgende Person

Name/Vorname _____

Geburtsdatum _____

Adresse _____

Herrn/Frau /Kind _____ (Name) zur anstehenden Behandlung am _____(Datum) zu begleiten und über notwendige zahnmedizinische Behandlungsmaßnahmen zu entscheiden. Mit diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen (z.B. Röntgenaufnahmen, Lokalanästhesie, Füllungstherapie, Extraktion), bin ich / sind wir einverstanden.

Wichtige Informationen für den/die behandelnden/de Zahnarzt/Zahnärztin (Allergien, Medikamente, Erkrankungen u.a.):

Name und Telefonnummer des/der Erziehungsberechtigten für den Notfall

Name/Vorname _____

Telefonnummer _____

Ort/Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r