



## Vollmacht für den Zahnarztbesuch

### Daten des Vollmachtgebers/ der Vollmachtgeberin

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

geboren am: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon / Mobil: \_\_\_\_\_

### Daten des/r Bevollmächtigten

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

geboren am: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon / Mobil \_\_\_\_\_

Familienangehörige/r       Freund/in der Familie       Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Für den anstehenden als auch für zukünftige Zahnarztbesuche meines Kindes erteile ich der/ den o.g. Vertrauensperson/en die Vollmacht, mein Kind zu zahnärztlichen Besuchen zu begleiten und Entscheidungen zu erforderlichen Untersuchungen/ Behandlungen zu treffen.**

Weiterführende Information (Allergien, Erkrankungen, regelmäßige Medikamenteneinnahme):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**x**

\_\_\_\_\_

Ort, Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r\*/ gesetzliche/r Vertreter/in

\* Unterschreibt nur ein Elternteil, so versichert es, auch im Namen des anderen Elternteils zu unterschreiben