

Vollmacht für Arztbesuche für den behandelnden Arzt



Bevollmächtigte Begleitperson

Herr/Frau:

Vorname

Nachname

Geburtsdatum

Straße, Nr.

PLZ, Ort



erhält hiermit von den Sorgeberechtigten

Herr/Frau:

Vorname

Nachname

Geburtsdatum



Straße, Nr.

PLZ, Ort



die Vollmacht das Kind

Name des Kindes:

Vorname

Nachname

Geburtsdatum

zu den zahnärztlichen Behandlungen zu begleiten und gegebenenfalls nach vorheriger Aufklärung Entscheidungen zu treffen, z. B. welches Füllungsmittel 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 des Sorgeberechtigten

