

Vollmacht

Patient

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 für die behandelnden Zahnärzte (Medikamente, Allergien, Operationen u.ä.)

.....

Ort, Datum

Unterschrift des / der Erziehungsberechtigten