

Vollmacht für den Zahnarztbesuch

Daten des Vollmachtgebers/ der Vollmachtgeberin

Name, Vorname _____

Geboren am _____

Anschrift _____

Daten des/r Bevollmächtigten

Name, Vorname _____

Geboren am _____

Anschrift _____

Familienangehöriger Freund/in der Familie Sonstiges: _____

Für den anstehenden Zahnarztbesuch meines Kindes _____

erteile ich der o.g. Vertrauensperson die Vollmacht, mein Kind zu begleiten und Entscheidungen zu erforderlichen Untersuchungen/ Behandlungen zu treffen.

Weiterführende Informationen (Allergien, Erkrankungen, etc.)

Ort, Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigter/
Gesetzlicher Vertreter