

Vollmacht für den Zahnarztbesuch mit minderjährigen Patienten

Vollmachtgeber (Name, Geburtsdatum und Adresse):

Bevollmächtigter (Name, Geburtsdatum und Adresse):

Für das Kind _____ (Name und Geburtsdatum) erteile/n ich/wir für oben genannten Bevollmächtigten eine Vollmacht.

Die bevollmächtigte Person darf mein Kind am _____ (Datum) / im Zeitraum von _____ bis _____ zum Arzt begleiten.

Die Vollmacht berechtigt dazu:

- das Kind zum Beratungsgespräch zu begleiten
- Entscheidungen zu notwendigen Untersuchungen zu treffen
- Zustimmung zu notwendigen zahnärztlichen Behandlungen zu geben

Die Vollmacht ist nur einmalig für das oben angegebene Datum / Zeitraum gültig. Sie kann von mir jederzeit widerrufen werden.

Vorzugsweise ist diese Vollmacht von beiden Erziehungsberechtigten auszufüllen und zu unterschreiben!

Ansonsten bestätigen Sie uns bitte, dass Sie ...

- ... alleine erziehungsberechtigt sind
- ... das Einverständnis zu dieser Vollmacht von dem/der zweiten Erziehungsberechtigten erhalten haben

Ort und Datum

Unterschrift(en) Vollmachtgeber