



Vollmacht für den Zahnarztbesuch mit minderjährigen Patienten

Vollmachtgeber (Name, Geburtstag & Adresse)

Bevollmächtigter (Name, Geburtstag & Adresse)

Für das Kind (Name + Geburtsdatum)

erteile/n ich/wir für oben genannten Bevollmächtigten eine Vollmacht.

Die bevollmächtigte darf mein/unser Kind am (Datum) im Zeitraum
von bis zum Zahnarzt 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 genannte 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 & Datum

.....

.....

(Unterschrift/-en Vollmachtgeber/-in)