

Vollmacht für Arztbesuche

Hiermit bevollmächtige/n ich/wir die unten genannte Vertrauensperson, mein/unser Kind zu zahnärztlichen Terminen zu begleiten und die nachstehenden Entscheidungen zu treffen.

01 Angaben der Sorgeberechtigten

Mutter / Sorgeberechtigte Person 1

Name

Geb.-Datum

Adresse

Telefon

Sorgeberechtigt: ☐ JA ☐ NEIN

Vater / Sorgeberechtigte Person 2

Name

Geb.-Datum

Adresse

Telefon

Sorgeberechtigt: ☐ JA ☐ NEIN

02 Kind / Kinder und bevollmächtigte Vertrauensperson

Kind / Kinder

Name des Kindes

Geb.-Datum

Name des weiteren Kindes

Geb.-Datum

Vertrauensperson / Begleitperson

Name der Begleitperson

Geb.-Datum

Adresse

Telefon

03 Umfang der Vollmacht

Die Vertrauensperson ist bevollmächtigt, das Kind / die Kinder zu folgenden Terminen zu begleiten:

☐ heutiger Termin ☐ zukünftige Termine ☐ auch alleine zu erscheinen

Sie darf außerdem Entscheidungen treffen bezüglich:

- ☐ allgemeine Zahnbehandlungen
- ☐ eventuell benötigte Röntgenaufnahmen
- ☐ eventuell anfallende Mehrkosten (z. B. Zahnreinigung, Kunststofffüllungen)
- ☐ Unterschriftsberechtigung der bevollmächtigten Vertrauensperson bis auf Widerruf
- ☐ Rückruf nach der Behandlung durch die behandelnde Zahnärztin / den behandelnden Zahnarzt
- ☐ Sonstiges: _____

04 Bestätigung

Diese Vollmacht gilt bis auf Widerruf bzw. im Rahmen der oben getroffenen Auswahl.

Ort, Datum

Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten