

Vollmacht

Hiermit erteile ich

(Name, Vorname Sorgeberechtigte/r)

(Name, Vorname Begleitperson)

die Erlaubnis, mein Kind

(Name, Vorname und Geburtsdatum)

zu zahnärztlichen Terminen zu begleiten

zum zahnärztlichen Termin am _____ zu begleiten.

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

Ich bin damit einverstanden, dass bei Bedarf Röntgenbilder und Fotos der Zähne angefertigt werden.

Ich bin nicht damit einverstanden, dass Röntgenbilder und Fotos der Zähne angefertigt werden.

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

Ich bin damit einverstanden, dass bei einer Zahnbehandlung bei Bedarf eine Lokalanästhesie angewendet werden darf.

Ich bin nicht damit einverstanden, dass eine Lokalanästhesie angewendet wird.

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

Ich nehme zur Kenntnis, dass behandlungsbedürftige Befunde und sich daraus ergebene Therapien nur mit Sorgeberechtigten besprochen werden.

Ich versichere mit meiner Unterschrift, im Interesse eventueller weiterer erziehungsberechtigter Personen zu handeln.

Ort, Datum

Name, Vorname Sorgeberechtigte/r

Unterschrift