



Vollmacht für den Zahnarztbesuch

Vollmachtgeber: _____ (Name, Vormane), Geb.-Datum _____
(Erziehungs- und sorgeberechtigte Person)

Bevollmächtigte Person: _____ (Name, Vorname), Geb.-Datum _____

Hiermit erteile ich für die oben genannte bevollmächtigte Person die Berechtigung, mein

Kind _____ (Name, Vorname), _____ (Geb.-Datum) zum

Kinderzahnarzt zu begleiten und folgende Befugnisse:

- Entscheidungen zu den notwendigen Untersuchungen zu treffen, z.B. auch Anfertigungen von Röntgenaufnahmen
- Entscheidungen zu treffen die im Zusammenhang mit der zahnärztlichen Therapie und Behandlung stehen, z.B. Injektionen, Art der Therapie, Mehrkostenvereinbarungen/Zuzahlungen
- Sonstige Befugnisse _____

Die Vollmacht ist gültig vom _____ bis _____.

Die Vollmacht ist nur gültig für den Zahnarztbesuch am _____.

Sie kann von mir jederzeit widerrufen werden und ist nur gültig, wenn sich die bevollmächtigte Person durch amtlichen Ausweis identifizieren kann.

Entbindung von der zahnärztlichen Schweigepflicht

Hiermit entbinde ich (Vollmachtgeber s.o.) die Internationale Praxis für Kinderzahnheilkunde und Kieferorthopädie, MVZ, gegenüber der oben genannten bevollmächtigten Person, von der Schweigepflicht. Ich bin damit einverstanden, dass ihr alle erforderlichen Auskünfte erteilt werden, die im Zusammenhang mit der zahnärztlichen Behandlung meines Kindes stehen.

Mir ist bekannt, dass ich die Schweigepflichtsentbindungserklärung freiwillig abgebe und diese von mir jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Ort, Datum

Vollmachtgeber (Erziehungs- und sorgeberechtigte Person)