

Vollmacht für den Zahnarztbesuch

Daten des Vollmachtgebers/ der Vollmachtgeberin

Name, Vorname: geboren am: _____

Anschrift: _____

Telefon / Mobil: _____

Daten des/r Bevollmächtigten

Name, Vorname: _____

geboren am: _____

Anschrift: _____

Telefon / Mobil: _____

Familienangehörige/r Freund/in der Familie Sonstiges

Für den anstehenden als auch für zukünftige Zahnarztbesuche meines Kindes erteile ich der/ den o.g. Vertrauensperson/en die Vollmacht, mein Kind zu zahnärztlichen Besuchen zu begleiten und Entscheidungen zu erforderlichen Untersuchungen/ Behandlungen zu treffen.

Ort, Datum, Unterschrift Erziehungsberechtigte/r*/ gesetzliche/r Vertreter/in

* Unterschreibt nur ein Elternteil, so versichert es, auch im Namen des anderen Elternteils zu unterschreiben.