

Vollmacht für den Kinderzahnarztbesuch

Vollmachtgeber 1: Erziehungs- und sorgeberechtigte Person (z. B. Mutter) :

Vorname Nachname Geburtsdatum

Straße, PLZ Wohnort

Telefon-Nummer(n): _____

Vollmachtgeber 2: Erziehungs- und sorgeberechtigte Person (z. B. Vater) :

Vorname Nachname Geburtsdatum

Straße, PLZ Wohnort

Telefon-Nummer(n): _____

Bevollmächtigte Person:

Vorname Nachname Geburtsdatum

Straße, PLZ Wohnort

Hiermit erteile/n ich/wir für die oben genannte bevollmächtigte Person, die Berechtigung, mein/unsere **Kind:**

Vorname Nachname geboren am: _____

zum Kinderzahnarzt, Praxis für Kinderzahnheilkunde Miesbach, zu begleiten und folgende Entscheidungen zu treffen:

- Entscheidungen zu notwendigen Untersuchungen, z. B. Anfertigung von Röntgenbildern u.ä.
- Entscheidungen, die im Zusammenhang mit der zahnärztlichen Therapie und Behandlung stehen, z. B. Injektionen, Art der Therapie, Mehrkostenvereinbarung u.ä.

Die Vollmacht ist gültig vom: _____ bis: _____

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 siehe oben, die Praxis für Kinderzahnheilkunde, Dr. Sigrid Weisshaar, Stadtplatz 10, 83714 Miesbach 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 werden kann.

Ort, Datum

Unterschrift Vollmachtgeber 1

Ort, Datum

Unterschrift Vollmachtgeber 2