



Vollmacht für den Zahnarztbesuch



Vollmachtgeber (Name, Vorname): _____
(erziehungs- & sorgeberechtigte Person)

Geb.-Datum: _____

Bevollmächtigte/r (Name, Vorname): _____

Geb.-Datum: _____

Hiermit erteile ich der oben genannten bevollmächtigten Person die Berechtigung, mein Kind
(Name, Vorname) _____ geboren am _____
zum Kinderzahnarzt zu begleiten.

Der bevollmächtigten Person erteile ich folgende Befugnisse (bitte ankreuzen):

- 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 ab dem _____ und gilt bis zu Ihrem schriftlichen Widerruf.

Entbindung von der zahnärztlichen Schweigepflicht

Hiermit entbinde ich (Vollmachtgeber s.o.) die Praxis für Kinderzahnheilkunde Kids-first, 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 Schweigepflichts-Entbindungserklärung freiwillig abgebe und diese von mir jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Ort & Datum

Unterschrift des Vollmachtgebers (erziehungs- & sorgeberechtigte Person)