

Vollmacht für Arztbesuche

Bevollmächtigte Begleitperson

Herr / Frau :

Straße :

PLZ / Ort :

erhält hiermit von den Erziehungsberechtigten

Herr/Frau :

Straße:

PLZ / Ort :

die Vollmacht das Kind

Name des Kindes :

geboren am :

zu den zahnärztlichen Behandlungen zu begleiten und ggf. nach vorheriger Aufklärung Entscheidungen zu treffen, z. B. die Auswahl von Füllungsmaterialien oder die Einwilligung zu erforderlichen Röntgenbildern zu geben. Durch diese Vollmacht entbinde ich die Praxis gegenüber der oben genannten Begleitperson von der ärztlichen Schweigepflicht.

Bochum,

(Datum)

(Unterschrift des Erziehungsberechtigten)