



Vollmacht zur Veranlassung einer zahnärztlichen Kontrolluntersuchung bzw. einer Behandlung bei Minderjährigen

Mutter oder Vater (Vollmachtgeber/in)

Name Geburtsdatum

Kind

Adresse

Name Geburtsdatum

Adresse

Angaben zu Allergien oder Unverträglichkeiten, aktueller Medikamenteneinnahme, chronischen Erkrankungen bzw. Grunderkrankungen:

- Unser Kind (**ab 10 Jahren**) kommt alleine (NICHT möglich beim ersten Termin).
Hiermit gebe ich mein Einverständnis für folgende Maßnahmen:
- Kontrolluntersuchung, Prophylaxemaßnahmen, Fissurenversiegelungen bleibender Zähne
 - ggf. medizinisch erforderliche Röntgenbilder
 - Füllungsbehandlung ggf. mit Lokalanästhesie
 - Zahnextraktionen

Für Rücksprachen bin ich während der Behandlungszeit telefonisch erreichbar:

nein ja, unter der Rufnummer: _____

- Unser Kind kommt mit einer volljährigen Begleitperson (Personalausweispflicht)

Name Geburtsdatum

Adresse

Hiermit erteile ich der bevollmächtigten Person die Berechtigung, alle notwendigen Entscheidungen hinsichtlich der Durchführung der Zahnuntersuchung und -behandlung sowie Röntgenaufnahmen für meine(n) oben genannte(n) Sohn/ Tochter in meinem Namen zu treffen.

Ich entbinde die behandelnden Ärzte und das nichtärztliche Personal gegenüber der bevollmächtigten Person von der Schweigepflicht.

Diese Vollmacht gilt bis auf Widerruf. Ich bin darüber informiert, daß ich diese Willensäußerung jederzeit widerrufen bzw. zu ändern kann. Die Mitteilung darüber muß schriftlich an die Praxis erfolgen.

Bitte geben Sie Ihrem Kind bzw. der Begleitperson die Versichertenkarte und ggf. die unterschriebene Mehrkostenvereinbarung mit, da ohne gültigen Versichertenachweis keine Behandlung erfolgen kann.

Ort Datum * Unterschrift Sorgeberechtigte(r)*