

## Vollmacht für Begleitpersonen für die zahnärztliche Behandlung in unserer Praxis

### Elternteil:

\_\_\_\_\_  
(Name, Vorname)

\_\_\_\_\_  
(Anschrift)

\_\_\_\_\_  
(Geburtsdatum, Geburtsort)

\_\_\_\_\_  
(Telefonnummer)

### Unser Sohn / unsere Tochter

\_\_\_\_\_  
(Name, Vorname)

\_\_\_\_\_  
(Anschrift)

\_\_\_\_\_  
(Geburtsdatum, Geburtsort)

**Bevollmächtigte Person:** \_\_\_\_\_  
(Name, Vorname, Geburtsdatum)

Für diese Zeit erteilen wir die Vollmacht an die vorstehend benannte Person, alle erforderlichen Entscheidungen im Bereich der Gesundheitsvorsorge bei Zahnschmerzen zu treffen und eine Behandlung zu veranlassen.

Mit diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen (z.B. Röntgenaufnahmen, Lokalanästhesie, o.Ä.), die für die Schmerzbehandlung erforderlich sind, bin ich/wir einverstanden.

Wichtige Informationen für den Zahnarzt / die Zahnärztin (Allergien, Operationen, Medikamente, u.a.):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Erziehungsberechtigte/r