

Vollmacht für die Begleitperson meines Kindes

Hiermit bevollmächtige ich (Erziehungsberechtigter)

Name Vorname Geburtsdatum

Frau/Herrn (Begleitperson) : _____
Name Vorname

mein Kind

Name Vorname Geburtsdatum

zur Behandlung am: _____ zu begleiten und alle damit
verbundenen notwendigen Entscheidungen zu treffen.

Ich willige hiermit in die Behandlung ein und bin damit einverstanden, dass die Behandlung
auch ohne meine persönliche Anwesenheit durchgeführt wird.

Wichtige Informationen und Mitteilungen für die zahnärztliche Behandlung (Allergien,
Operationen, Medikamente etc.)

Ort, Datum

Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten